
B
3 9015 00223 527 6
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY
Digitized by Google



# L'ART MÉDICAL

# L'ART MÉDICAL

JOURNAL

## DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

## DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

| | |
|---|---|
| HISTOIRE NATURELLE | NOSOGRAPHIE |
| ANATOMIE | ÉTIOLOGIE |
| PHYSIOLOGIE | SÉMÉIOTIQUE |
| HYGIÈNE | ANATOMIE PATHOLOGIQUE |

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE
TOME LXXXIV

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1897

# L'ART MÉDICAL

JANVIER 1897

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

### REVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

Depuis plusieurs années sous le titre de *Memento* nous avons passé en revue le traitement de chaque maladie en particulier. Nous croyons que ce travail a été utile aux médecins qui lisent l'*Art médical*. Cette année nous voulons inaugurer une revision de la matière médicale.

Comment entendons-nous cette revision?

Nous prendrons successivement les principaux médicaments de la matière médicale et, après avoir éliminé les erreurs, avoir signalé les points douteux, nous rechercherons pour chaque médicament la caractéristique de son action. Cette caractéristique sera tirée de l'ensemble des symptômes et des lésions produits sur chaque fonction et chaque organe sur lesquels ces médicaments exercent une action.

Il résultera naturellement de cette étude une comparaison entre le médicament étudié et les médicaments qui produisent des actions analogues. Cette comparaison conclura nécessairement à une sorte de diagnostic différentiel entre les actions médicamenteuses analogues, à une spécialisation du médicament étudié. Cette étude se terminera par l'indication thérapeutique du médicament; et

la clinique viendra ainsi confirmer la vérité des caractères spéciaux présentés par le médicament.

Non seulement ce travail est difficile; mais, il faut se résoudre à l'accepter d'avance, il sera nécessairement incomplet, tant à cause des desiderata que des erreurs dont fourmille la matière médicale. Mais tel qu'il sera, nous le croyons d'une grande utilité et pour l'étude des médicaments qu'il perfectionnera et pour le médecin auquel nous nous efforcerons de donner une arme sur laquelle il pourra justement compter.

Les difficultés mêmes du travail ne nous permettront pas de suivre un ordre régulier et alphabétique. Nous choisirons de préférence les médicaments sur lesquels nous avons le plus de renseignements et aujourd'hui nous commencerons l'histoire de la Bryone.

Nous commencerons cette étude par l'examen de l'action de la Bryone sur les organes respiratoires : larynx, trachée, bronche, poumon et plèvre.

L'efficacité de la Bryone dans la plupart des affections inflammatoires qui siègent sur les organes que nous venons d'énumérer est connue de tous les médecins homœopathes. Nous devons rechercher si les symptômes et les lésions produits chez l'homme sain et chez les animaux sur les organes respiratoires répondent aux maladies de ces organes, c'est-à-dire à la laryngite, à la trachéo-bronchite, à la pneumonie et à la pleurésie.

De cet examen, comparé aux résultats cliniques, nous chercherons à formuler les indications positives de la Bryone dans les maladies inflammatoires des organes de la respiration.

*Action de la Bryone sur le larynx.* — Nous rencontrons

ici une erreur considérable. Le Dr Curie ayant fait avaler à des chats de la teinture de Bryone détermina chez ces animaux une inflammation pseudo-membraneuse ayant les apparences de la diphtérie et il conclut de ces expériences, d'après la loi de similitude, que la Bryone était le médicament principal de la diphtérie et du croup.

Cette opinion fut acceptée par la généralité des médecins homœopathes. Le Dr Teste dans ses études de matière médicale dit textuellement que la Bryone produit une inflammation pseudo-membraneuse de l'arrière-gorge mais il n'indique pas à quelle source il a pris ce renseignement, ce qui lui ôte toute valeur, et c'est sans doute sur ce fait qu'il a établi son traitement du croup par l'alternance d'Ipéca et Bryone.

Les expériences que nous avons faites sur les cobayes, les lapins et les chiens au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques n'ont jamais donné lieu non seulement à une formation de fausse membrane mais même à une inflammation quelconque du larynx. Ces résultats négatifs ne suffiraient pas à infirmer les résultats positifs obtenus par Curie, si nous n'avions d'autres arguments à invoquer contre ces conclusions.

Le premier de ces arguments, c'est que la matière médicale de Hahnemann qui contient de si nombreux symptômes n'en présente pas qui aient trait à la diphtérie.

Voici les symptômes que nous trouvons dans cette matière médicale :

« § 195. Sensation d'âpreté et grattement dans la gorge au bout de cinq heures.

« § 196. Il semble que sa gorge soit gonflée dans le

fond ou qu'il ait un fort coryza qui l'empêche de parler.

« § 199. Elancement dans la gorge en avalant.

« § 201. Il ne peut avaler, ni les aliments, ni les boissons.

« § 202. Sensation en avalant comme si la gorge était tuméfiée ou pleine de mucus et qu'il soit impossible d'en arracher. »

Les trois paragraphes qui suivent mentionnent *une sensation de sécheresse dans la gorge.*

Pour le larynx, nous trouvons aux paragraphes 385 et suivants : *l'enrouement, la voix rauque et rude.* A partir de 397, *toux sèche ou toux grasse.*

§ 412. Hahnemann note expressément *une toux laryngée, douloureuse.*

*La dyspnée* signalée aux paragraphes 430 et suivants a *tantôt le caractère de l'asthme, tantôt une simple accélération* et, dans tous les cas, *la caractéristique est la douleur du thorax.*

On voit que la matière médicale de Hahnemann ne comprend ni fausse membrane, ni toux rauque, ni aphonie, ni surtout ces accès de suffocation si caractéristiques du croup.

Nous trouvons dans Allen quelques symptômes plus caractérisés ; c'est d'abord *une aphonie totale* qui survient de temps à autre. Il signale encore une sorte d'attaque de suffocation qui a pour caractère d'être suivie de toux et d'apparaître après minuit.

Si nous interrogeons la clinique pour juger des propriétés de la Bryone dans le traitement de la diphtérie, nous ne trouvons aucun fait absolument probant. Sans doute, dans notre clientèle nous avons observé plusieurs fois des laryngites aiguës améliorées et guéries pendant

l'administration de Bryone et d'Ipéca alternés suivant la méthode du Dr Teste, mais nous ne nous souvenons pas d'avoir vu ou même d'avoir lu aucun fait signalant la guérison du croup diphtéritique par ces deux médicaments.

Nous pourrions sans doute trouver une preuve de la non-efficacité du traitement de Teste dans le croup diphtéritique, dans ce fait que ce médecin préconise maintenant *l'eau bromée* pour les cas où il avait indiqué l'Ipéca et la Bryone.

L'erreur expérimentale de Curie vient de ce que ce médecin a fait prendre à des chats la teinture de Bryone par la bouche. Or il est démontré et admis par tous les expérimentateurs que la Bryone sous toutes ses formes constitue un topique irritant, que réduite en pulpe ou coupée en rondelle elle détermine sur la peau un érythème intense, qu'introduite en injection dans le tissu sous-cellulaire elle a, entre nos mains, produit des abcès et même des gangrènes. Quoi d'étonnant à ce que la Bryone mise en contact avec le fond de la gorge ait déterminé dans cette région une angine couenneuse, analogue à celle développée par la cantharide.

Allen rapporte que Gary Johann avec de la teinture mère de Bryone à la dose de dix gouttes à une demi-once détermina une irritation du pharynx avec un mucus infect et des masses *caséeuses* (cheesy). Ces expériences n'ont aucune valeur au point de vue de la production d'une angine pseudo-membraneuse par la Bryone ; les phénomènes rapportés s'expliquent tout naturellement par l'action irritante du médicament.

Nous avons tenu à démontrer avec tout le développement nécessaire la fausseté de l'opinion qui fait de la Bryone un médicament propre à développer une inflam-

mation pseudo-membraneuse, parce que cette opinion a entraîné une erreur de pratique qui s'est rapidement propagée et dont les conséquences sont extrêmement graves, puisqu'elles conduisent à prescrire dans le traitement d'une maladie souvent mortelle un médicament qui n'est nullement indiqué. Nous nous rappelons encore le fait d'un jeune enfant atteint d'une diphtérie grave à laquelle il succomba malgré la trachéotomie ; un médecin d'une grande notoriété avait été appelé en consultation et avait insisté beaucoup sur l'emploi de la Bryone. Ce médicament avait été prescrit sans aucun résultat.

La matière médicale indique formellement la Bryone dans le traitement de la laryngite aiguë ; au début du traitement, avec les symptômes suivants : *enrouement ou aphonie, toux rauque par grattement dans la gorge, sensation d'un corps étranger dans le larynx, râclement amenant l'expulsion d'un peu de mucosité teinte en jaune ; toux laryngée douloureuse ; éternuement et effort de vomissement en toussant.*

D'après Allen comme d'après Hahnemann, un des caractères de l'action de la Bryone sur le larynx et la trachée est l'extrême viscosité du mucus et son adhérence qui rend son expulsion très difficile.

L'action de la Bryone sur les bronches, le poumon et la plèvre est beaucoup plus importante. Aussi cette substance constitue le médicament principal dans la bronchite, la pneumonie et la pleurésie.

*Action de la Bryone sur les bronches.* — Les auteurs qui ont expérimenté la Bryone sur les animaux et les toxicologistes s'accordent pour donner à la Bryone la propriété de déterminer des inflammations dans les organes de la res-

piration. Dans les expériences qui nous sont propres nous avons noté dans presque tous les cas un état de congestion du tissu pulmonaire; mais quoique cette lésion fût limitée à certaines parties du poumon, à un lobe ou à une partie d'un lobe, qu'elle eût par conséquent le caractère d'une lésion produite pendant la vie, nous n'avons jamais noté de véritable hépatisation.

La plèvre a été atteinte deux fois. Chez un cobaye mort le quatrième jour de l'expérimentation, nous avons noté un petit épanchement dans la plèvre; mais chez un autre qui a survécu dix jours, nous avons rencontré un double épanchement pleurétique plus marqué du côté gauche; ce liquide était séreux, jaune citron et ne contenait aucun microbe.

Mais si à l'exception des lésions de la plèvre l'empoisonnement par la Bryone ne détermine que des lésions peu caractérisées dans les poumons et dans les bronches, ce médicament produit constamment la fièvre.

Le mouvement fébrile est rémittent surtout quand les injections de Bryone ne sont pratiquées que le matin. Il devient continu quand les injections sont répétées matin et soir. Ce mouvement fébrile est très intense; chez le chien il atteint 41° et même 42°. Chez le cobaye, il ne s'élève guère au-dessus de 39°5. Chez ce dernier animal, des doses très fortes déterminent un collapsus; la température descend au-dessous de 35° et l'animal meurt.

Notons encore un symptôme fort important, ce sont des frissons violents qui, chez le chien, marquaient le début du redoublement fébrile.

*Application thérapeutique.* — La Bryone est le médicament principal de la bronchite grave, de la pneumonie, et de la pleurésie.

Nous remarquons expressément que la Bryone est le médicament *principal* mais non pas *unique* de ces trois maladies. Il peut être précédé ou suivi d'autres médicaments, il peut leur être associé.

Examinons maintenant quelles sont les indications qui précisent l'emploi de la Bryone.

*Bronchite.* — La Bryone est indiquée dans le rhume fébrile après l'aconit toutes les fois que la toux est grasse avec expectoration difficile et produit un point de côté. Et ce médicament doit être continué tant qu'existe ce concours de symptômes. La 6e dilution est habituellement très suffisante. Le médicament doit être répété toutes les deux heures.

*Broncho-pneumonie.* — Mais c'est dans les cas où l'inflammation des bronches s'est propagée au tissu pulmonaire, dans la broncho-pneumonie, que la Bryone exerce une action extrêmement favorable. Mais, pour cela, la Bryone doit être alternée avec l'ipéca. Ces deux médicaments sont prescrits à la 6e dilution, deux gouttes dans 125 grammes d'eau et alternés toutes les heures ou toutes les deux heures.

Ce traitement prescrit dans la période d'état de la broncho-pneumonie constitue un traitement absolument sûr.

Quand la maladie est très avancée, que le péril est considérable, l'asphyxie imminente, deux médicaments doivent être substitués à la Bryone, le *carbo vegetabilis et la pulsatile*.

Nous reviendrons sur les indications spéciales de ces deux médicaments quand nous ferons leur histoire. Néanmoins nous dirons tout de suite que la *pulsatile* est indiquée principalement par la toux grasse avec expectoration

difficile, suffocation, angoisse; enfin ce médicament est principalement indiqué dans la broncho-pneumonie de la rougeole.

*Le carbo vegetabilis* convient à un état plus grave : toux sèche, spasmodique, respiration suspirieuse, râles s'entendant à distance, teinte asphyxique des lèvres et des ongles. La pulsatile est prescrite à la 6e dilution et le carbo vegetabilis à la 30e.

*Pneumonie.* — La Bryone est le médicament principal de la pneumonie. Il est inutile de faire précéder l'administration de ce médicament par l'aconit et dans la pneumonie essentielle, celle qui n'est symptomatique ni de la grippe, ni d'une fièvre éruptive, la Bryone suffit habituellement au traitement de toute la maladie.

Quand des complications que nous allons indiquer exigent l'emploi d'un autre médicament, il faut en général conserver la Bryone qu'on alterne avec l'autre médicament.

Quelles sont les indications de la Bryone?

Voici les symptômes en rapport avec la pneumonie que nous fournit la pathogénésie de la Bryone : toux grasse, avec expectoration ; cette expectoration est habituellement difficile ; elle se compose d'un mucus visqueux et teint en jaune : dyspnée plus ou moins marquée ; mais ce qui caractérise l'action de la Bryone sur l'homme sain est l'existence d'une douleur dans les parois du thorax, douleur affectant *la forme du point de côté*, s'aggravant par le mouvement et en particulier par la respiration et par la toux, que parfois elle rend presque impossible.

La Bryone a été prescrite à toute dose dans le traitement de la pneumonie et on a obtenu des guérisons avec toutes les doses. Le Dr Cretin prescrivait 40 gouttes de

teinture mère par jour, Tessier employait la 12e dilution, d'autres emploient la 30e.

M'appuyant sur une expérience extrêmement longue, et redoutant des essais dans une maladie qui peut se terminer si rapidement par la mort, je reste fidèle à la 6e dilution dont je prescris quelques globules dans 200 grammes d'eau, à prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Les médicaments qu'on a le plus souvent alternés avec la Bryone sont : le phosphore, l'arsenic, le tartarus emeticus, le carbo vegetabilis.

Au point de vue de la pratique quotidienne nous dirons quelques mots de ces quatre médicaments, nous réservant de revenir sur leurs indications à propos de chacun d'eux.

*Phosphore.* — J.-P. Tessier avait l'habitude dans le traitement de la pneumonie de prescrire Bryone le jour et Phosphore la nuit. Nous croyons préférable de ne faire intervenir le phosphore que quand il est indiqué par les symptômes suivants : expectoration plus sanguinolente qu'elle ne l'est habituellement dans la pneumonie, symptômes généraux graves, prostration des forces, fièvre avec fréquence et petitesse du pouls et thermalité très élevée ; le délire et la diarrhée confirment l'emploi du phosphorus. Souvent nous prescrivons ce médicament tout seul, quand les symptômes qui l'indiquent sont très marqués. Si l'indication est moins nette nous l'alternons avec la Bryone l'un le jour, l'autre la nuit, tous les deux à la 6e dilution.

*Arsenic.* Ce n'est jamais un médicament du début. Vers le quatrième jour, quand l'état s'aggrave malgré la Bryone, on prescrit arsenic quand il existe de la tendance au collapsus, un pouls petit et irrégulier, de l'hyperthermie avec refroidissement aux extrémités. Je remarque que l'irrégu-

larité du pouls et le refroidissement des extrémités spécialisent l'action de l'arsenic et la distinguent de l'action du phosphore. Ajoutons encore comme signes caractéristiques l'anxiété et l'agitation avec une respiration très difficile.

Comme doses je préfère la 3ᵉ trituration 0,20 centigrammes dans une potion de 125 grammes, alternée toutes les heures avec Bryone, à la même dose.

*Tartarus emeticus* trouve rarement son emploi dans le traitement de la pneumonie, mais par contre les signes qui l'indiquent sont très tranchés : menace d'asphyxie par défaut d'expectoration, facies rouge, somnolence et absence de soif. Comme lésion, ce médicament correspond à l'hépatisation pulmonaire. La dose que nous préférons est la 6ᵉ dilution.

*Carbo vegetabilis*. Ce médicament sur lequel nous devons absolument compter dans tous les états graves est indiqué par le collapsus commençant, le pouls misérable et irrégulier, le refroidissement des extrémités avec une température centrale exagérée, le facies hippocratique, la dyspnée avec râles s'entendant à distance; l'odeur infecte de l'haleine est encore un signe pour ce médicament que nous prescrivons toujours à la 30ᵉ dilution. Six globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures.

*Pleurésie*. L'épanchement fibrineux dans les cavités des plèvres avec inflammation de la membrane séreuse est une lésion de l'empoisonnement par la Bryone. Les symptômes fournis par la pathogénésie ont déjà été énumérés : la toux, la dyspnée et surtout le point de côté augmentant par les mouvements de la toux et de la respiration.

Je relève plus spécialement dans Hahnemann : respiration courte et accélérée (§ 429); la respiration courte avec douleur qui la suspend se retrouve dans plusieurs

paragraphes et particulièrement au § 434, douleur lancinante en inspirant, d'autres fois en expirant.

Il faut se rappeler que le *point de côté* est une des caractéristiques de la Bryone.

La Bryone n'est pourtant pas le médicament unique de la pleurésie; loin de là. Mais ses indications sont positives : point de côté violent, qui quelquefois empêche le malade de se coucher et lui arrache des gémissements, respiration courte et accélérée, épanchement énorme, mouvement fébrile violent. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à prescrire la Bryone; mon expérience personnelle me fait préférer la teinture mère à la dose de dix à vingt gouttes dans une potion de 200 grammes. Une cuillerée toutes les deux heures.

*L'Aconit*, au début de la maladie, quand le mouvement fébrile est violent, que l'épanchement et le point de côté sont modérés, est le médicament principal. Souvent il suffit à la cure complète de la maladie; je l'emploie aussi à la teinture mère à la dose de 20 gouttes.

*Cantharis* est le grand remède de l'épanchement quand la fièvre est tombée. La 3e dilution suffit habituellement.

(*A suivre.*) Dr P. Jousset.

---

## PATHOGÉNÉSIE DE L'IODOFORME

(*Suite*)

11° Le même. — Chez une jeune fille de 13 ans, que Trèves avait opérée pour une fracture non consolidée du cubitus, et pansée à l'iodoforme, la température qui avait été normale pendant trois jours s'éleva le premier jour au soir à 100° F. (37,8). L'avant-bras entier était

devenu enflé, œdémateux et légèrement rouge. Le jour suivant apparurent des vésicules, au nombre de trente environ, très petites, sur l'avant-bras seulement, et pas plus nombreuses au voisinage de la plaie. La température du soir resta à 100° F. (37,8) pendant six jours. Le nombre des vésicules n'augmenta pas, et celles qui existaient se transformèrent en pustules et se mirent à couler vers le sixième jour. « Le 5 juin, un remarquable exanthème apparaît. » Cette éruption avait été précédée par une céphalalgie intense et du vertige, symptômes qui disparurent lorsque l'éruption se développa. L'avant-bras était un peu enflé. Le matin du 6, « l'exanthème couvrait le bras et l'épaule gauche, la plus grande partie de la face, presque tout le devant de la poitrine, et quelques parties des deux côtés du cou. L'éruption avait l'aspect de plaques « formées de papules, moins grosses qu'une tête d'épingle et placées sur une base érythémateuse rose. Les papules étaient sensibles au toucher comme à la vue et elles étaient plus pâles que la peau environnante. Les plaques étaient irrégulièrement arrondies et variaient en étendue d'une pièce de six pence à une demi-couronne (dix sous à deux francs;) les bords étaient nettement marqués ». Il n'y eut aucun symptôme catarrhal ou autre après l'apparition de l'éruption et l'enfant semblait tout à fait bien. L'éruption disparut le lendemain.

12° Beck (*Brit. med. journ.* 17 juin 1882). — Un homme de 61 ans fut opéré d'une hernie crurale étranglée. Pendant la cicatrisation, à dater du 3 septembre 1881, un lint avec de l'iodoforme fut placé dans l'ouverture; à partir du 7 on en insuffla dans l'ouverture. Le malade s'amaigrissait rapidement. Le 20 septembre, il était faible

et ne pouvait manger ; il était alourdi, et très endormi, incapable d'agir ; un peu de délire le soir. Le 26 et le 27, T. 101,6 (38,6) pouls 130. Langue sèche et brune. L'épuisement continue ; le malade est dans un état désespérant d'hébétude et d'affaissement. Le 1er octobre, il commence à se remettre depuis que l'iodoforme a été cessé.

13° Le même. — Un cas de brûlure chez un homme de 34 ans. Les urines contenaient de l'albumine, des cylindres granuleux et hyalins, des phosphates. Le 12 décembre on applique de l'iodoforme, T. 101,6 (38,6). P. 108. Le 16, amélioration des brûlures, mais il est survenu une bronchite et le malade a du délire. P. 130. Le 17, T. 104° (40°), urine non albumineuse. Le 31, toux plus mauvaise, délire par moment, amaigrissement rapide. Le malade va de plus en plus mal et meurt le 31 janvier. Pendant la semaine qui a précédé la mort le pouls était entre 145 et 155. A l'autopsie, broncho-pneumonie et congestion des deux bases.

14° Le même. — Brûlure chez un petit garçon de 4 ans. Entre le 1er janvier. L'iodoforme est commencé le lendemain. T. 102 (38,9), P. 150. Le 5, peu de sommeil la nuit précédente ; il poussait des cris aigus comme s'il souffrait d'une méningite ; il sortait fréquemment les jambes du lit et souffrait d'un violent mal de tête. Il resta dans le même état les jours suivants. Le 9, il était mieux, se plaignait moins et était plus conscient. T. 100,4 (38,1). Le 10, il crie encore d'une façon particulière. P. 144. Le 12, température plus basse ; plus inconscient ; très agité. Le 14, agitation considérable. Le 25, l'iodoforme est abandonné. Le 26, plus agité, mais criant moins ; plus pâle ; plus conscient. Le 2 février, les cris ont presque cessé ;

il reprend connaissance. Le 17, il est complètement revenu à la santé.

15° Le même. — Garçon atteint d'abcès lombaire, ouvert le 21 janvier; pansement à la gaze iodoformée. T. 99,2 (37,3). Le 24, urine 1.037, chargée d'urates, T. 99. (37,1). Le 26, T. 104,6 (40,3) à 11 heures du matin; P. 138, faible. La peau est chaude et moite; céphalalgie au vertex, assoupissement, nausées; la respiration à odeur d'iodoforme; face creuse. La plaie est lavée à l'acide phénique; à la suite, meilleur sommeil, mal de tête moins fort, disparition des nausées. Les urines contiennent des urates, mais pas d'albumine. Le 1er février, le malade s'est bien porté jusqu'à ce jour. Réapparition de la douleur de l'occiput et de la région lombaire. T. 103,8 (39.9). Le malade est assoupi et sans appétit. Il se trouve souffrant de nouveau jusqu'au 17. Depuis 36 heures il avait de l'assoupissement, du mal de tête, des nausées et de l'anorexie. Le pouls était fréquent, plein et dépressible. La température au-dessus de 103 (39,4). Après ces 36 heures, la température tombe à 101 (38,3) et il se sent bien jusqu'au 19. Le 19 au soir, la température monte jusqu'à 105,6 (40,9); un rash punctiforme apparaît sur les bras, les genoux et la face dorsale des pieds. Langue chargée; gorge douloureuse. Le 20, le rash a disparu. T. 99° (37,1). L'enfant est bien et reste ainsi.

16° Behring. (*Deutsch. med. Woch.*, 31 janvier 1884).— Après un pansement iodoformé de trois semaines pour plaie de tête (pendant lesquelles on n'avait observé qu'une diminution de l'appétit), le malade commença subitement à se comporter comme s'il avait perdu l'esprit. Le lendemain il continua à parler d'une façon déraisonnable, ne

voulut prendre aucune nourriture; il ne voulait pas rester dans son lit. La nuit suivante, il essaya de s'enfuir et devint violent. Cela dura jusqu'au matin. Il était plus calme à la visite du D[r] Behring, mais répondait aux questions avec répugnance et hésitation. Le docteur fut frappé de son regard sauvage et de ses traits.

La langue était très chargée et ne tremblait pas; aucun tremblement des mains (ce n'avait jamais été un fort buveur). T. 99°. (37,1), P. 104, tension artérielle forte. L'emploi du bicarbonate de potasse comme antidote améliora bientôt les symptômes. Il fut agité la nuit suivante mais sans délire. Le troisième jour, l'appétit commença à reparaître.

Le D[r] Behring observa aussi un jeune homme qui présenta des troubles cérébraux après avoir employé l'iodoforme pendant plusieurs semaines; ces troubles furent caractérisés par de l'insomnie, la perte de la mémoire et un changement de caractère.

17° BLACK (*Brit. Med. Journ.*, 1895). — Insufflation d'iodoforme dans la tunique vaginale d'un malade, suivie de suppuration et d'un état mental décrit en ces termes : « Hallucinations, il s'habille dans des costumes étranges; il se croit d'une taille prodigieuse et augmentant rapidement. Ses idées sont d'un caractère exalté; il se croit la plus belle voix de ténor du monde et se met à louer une grande salle de concert, etc. » Le malade fut conduit dans un asile et sa guérison n'eut lieu qu'au bout de quatre mois.

18° POLLOCK (*Pract.*, 1886). — Deux fois par jour pendant plusieurs semaines, deux malades reçurent un tampon et un suppositoire iodoformés pour des affections

locales douloureuses. Au bout de quelque temps elles devinrent graduellement inconscientes; la perte des forces augmenta peu à peu de sorte qu'on put craindre une paralysie générale. Elles tombèrent dans un état de rêverie, suivi au bout de quelques jours par une stupeur complète, et une paralysie des sphincters. Elles pouvaient après de grands efforts être tirées de leur stupeur pour prendre un peu de nourriture, mais elles y retombaient promptement. Cet état dura quelques jours, puis disparut sans laisser de traces permanentes.

19° Cazin (*France médicale*, 1888). — Un petit garçon de 10 ans subit une amputation de cuisse pour une affection strumeuse du genou. Les sutures prirent bien, sauf à la partie extrême de l'incision; on appliqua en ce point une couche d'iodoforme. Le troisième jour l'enfant était somnolent; la garde rapporta qu'il avait été agité la nuit et avait poussé de fréquents soupirs. Le pansement fut changé et l'iodoforme renouvelé. Le même jour l'enfant, bien qu'il n'eût pas mangé depuis la veille, eut plusieurs vomissements qui étaient bilieux et faciles. Pendant les jours suivants ces symptômes augmentèrent; l'enfant était constipé et paraissait souffrir de la tête. Les nuits étaient très agitées et le sommeil interrompu par des soupirs et des cris pareils à ceux de la méningite; il y avait de l'assoupissement pendant le jour; les pupilles étaient inégalement contractées et réagissaient peu à la lumière. L'enfant était complètement indifférent et ne reconnaissait pas ceux qui l'entouraient. Ensuite, l'agitation nocturne fut remplacée par un délire tranquille. La température oscillait entre 37°5 et 38°2. Ces symptômes continuèrent jusqu'au huitième jour; le pouls était rapide, petit, mais per-

ceptible et régulier. Dès le sixième jour, on avait remplacé l'iodoforme par l'acide phénique; le septième jour les symptômes avaient diminué d'intensité; le huitième jour l'amélioration était considérable et la santé complète était revenue le neuvième.

20° Le même. — Un enfant avait une ostéite tuberculeuse du tibia. Curettage de l'os et application de gaze iodoformée. Les symptômes apparaissent dès la première nuit; l'enfant était très agité et sans sommeil; il se plaignait de violentes douleurs dans la tête. Le lendemain, au moment de la visite, l'enfant était assoupi et répondait difficilement aux questions. Les pupilles étaient inégalement contractées. Pendant le jour, plusieurs crises de vomissements bilieux ; pouls irrégulier et très fréquent (100). Ces symptômes allèrent en s'aggravant pendant trois jours; il y avait en même temps constipation. Le cinquième jour, on cessa l'iodoforme et les symptômes s'amendèrent rapidement, pour disparaître complètement trois jours plus tard. Pendant la durée de ces malaises, il y avait une fièvre légère, avec exacerbation le soir et température oscillant entre 37 et 38°5.

21° Trousseau (*Union médicale*, 15 déc. 1887). — Il a vu un enfant chez qui le pansement d'un ulcère de la paupière supérieure, ayant le diamètre de 2 centimètres environ, détermina en quelques heures une fluxion érythémateuse sur la moitié de la figure avec production de phlyctènes. Au premier abord, on eût pu croire à une forme d'érysipèle ; un pansement boriqué fit disparaître en vingt-quatre heures l'érythème facial. Trois semaines après, une nouvelle tentative d'application d'iodoforme sur l'ulcère réduit de moitié amena en quatre heures un nouveau gonflement érysipélateux.

22° TAYLOR (*N.-York méd. Journ.*, oct. 1887). — Il a observé neuf cas d'éruptions iodoformiques ; cinq fois il s'agissait d'érythèmes avec ou sans phénomènes généraux (fièvre, vomissements, diarrhée, etc.) ; quatre fois eczéma à évolution rapide. Les accidents ont commencé quelquefois quelques heures après l'emploi du remède ; dans un cas, douze jours après.

23° BURLUREAUX (*Congrès intern. de Dermatologie*, Paris, 1889). — Jeune soldat entré au Val-de-Grâce pour une éruption scarlatiniforme généralisée trois jours après l'application d'un pansement iodoformé sur le bras gauche. Quelques phénomènes généraux ; la température ne dépasse pas 38°. Trois jours après, desquamation en lamelles sur le bras gauche, furfuracée sur le reste du corps.

24° BAROIS (*Archiv. de méd. milit.*, août 1890). — Il retire par une ponction 300 grammes de pus d'un vaste abcès froid siégeant sous le grand pectoral gauche et il y injecte 55 grammes de solution d'éther iodoformé à 5 p. 100, soit 2 gr. 75 d'iodoforme. Accidents asphyxiques immédiats, puis phénomènes d'excitation pendant quatre à cinq jours, suivis d'un état comateux ; mort le neuvième jour.

A l'autopsie, trajet fistuleux conduisant à une carie de la face postérieure de la deuxième côte ; poumon gauche atrophié et couvert d'adhérences pleurales épaisses. Dégénérescence graisseuse du myocarde et des reins, méningo-encéphalite légère.

25° CATHELINEAU (*Soc. fr. de Dermat.*, 16 fév. 1893). — L'auteur rapporte trois observations d'érythèmes géné-

ralisés, véritables rash iodoformiques. L'éruption apparaît d'une heure à trois jours après le pansement iodoformé, d'abord localisées, puis se généralisant, constituée soit par des taches, soit par des placards érythémateux, de couleur scarlatiniforme, séparés par des intervalles de peau saine. En même temps, existait un prurit intense et des symptômes généraux assez marqués (malaise, frissons, fièvre) démontrant qu'il s'agissait bien d'une véritable intoxication. Après huit ou dix jours, l'éruption pâlit, prend une teinte jaunâtre; le prurit diminue et bientôt se fait une desquamation furfuracée.

26° SCHWARZ (*Berliner Klin. Woch.*, 16 février 1885). — Une femme de 61 ans, déjà soignée plusieurs fois pour un trouble mental, fut opérée d'une colporraphie double et d'une périnéorraphie : pansement avec 3 à 4 grammes d'iodoforme. Soixante heures après, la malade sans aucun symptôme fébrile, refuse les aliments, les boissons et les médicaments, prétendant qu'on veut l'empoisonner. Violent état maniaque. Le lendemain, l'agitation continue, la température est à 39°5, le pouls à 60. Les urines examinées contiennent beaucoup d'iode. Le surlendemain, raideur de la nuque et trismus ; P. 80. Le sixième jour, mort dans le collapsus.

A l'autopsie, cœur volumineux ; rein gauche atrophié, calculs dans le bassinet et uretère oblitéré ; rein droit hypertrophié ; sclérose des gros vaisseaux de l'encéphale.

27° TUSSEAU (*Semaine médicale*, 4 novembre 1896). — Ce chirurgien décrit sous le nom d'*iodoformisme chirurgical* des accidents qui peuvent survenir tout à coup à la suite d'une application d'iodoforme, après une période

plus ou moins longue de tolérance. Après une première atteinte de cette intoxication, le malade reste très susceptible et les accidents peuvent reparaître sous l'influence de doses très minimes.

En somme, l'iodoformisme chirurgical comprend ordinairement les trois stades suivants :

*a*) Après une tolérance plus ou moins longue, la plaie, tout en ne sécrétant pas de pus, s'entoure d'une aréole inflammatoire. Parfois à sa périphérie se développe une couronne vésiculeuse que je désigne sous le nom d'*herpès iodoformique*. C'est à cette même période qu'apparaissent quelquefois sur le corps, *loco dolenti* ou à distance, des pétéchies disséminées ou agminées en nappe. Le malade constate que la plaie est stagnante ou s'enflamme au lieu d'évoluer vers la guérison.

*b*) Lorsque ces accidents ont persisté pendant un laps de temps très variable, on voit apparaître les démangeaisons interdigitales, le prurit généralisé, les vésicules sur le trajet des nerfs collatéraux des doigts (*zona iodoformique*), puis les bulles et les phlyctènes diffuses. Une lymphangite aréolaire ou pseudo-érysipélateuse commence à envahir le membre impressionné par l'iodoforme.

*c*) Si l'on continue l'usage de l'iodoforme, la lymphangite progresse, la langue devient saburrale, le malade présente de l'excitation, de l'insomnie ; un véritable état phlegmoneux avec réaction générale se déclare. Le tissu cellulaire peut se sphacéler et des nécroses conjonctives, cartilagineuses ou osseuses peuvent compromettre tout un membre et même la vie du patient.

28° Thibierge (*Annales de Dermatologie*, 1888). — Chez un homme pansé tous les deux jours avec de la poudre

d'iodoforme, pour une morsure à l'index gauche, on vit apparaître, au bout d'un mois environ, sur le doigt blessé des lésions semblables à celles d'une brûlure du 2e degré (épiderme soulevé et mortifié recouvrant le derme mis à nu, lisse et rouge vif) qui s'étendirent bientôt à toute la main. On continua le même pansement. Le même aspect de brûlure ne tarda pas à se montrer sur l'index et le médius de l'autre main, et là encore on fit un pansement à l'iodoforme. Quelques jours plus tard apparurent sur les avant-bras et la moitié inférieure des deux bras des plaques rouges confluentes présentant de larges vésicules plates renfermant un liquide séreux ; puis sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen une éruption rappelant à s'y méprendre l'exanthème rubéolique. On remplaça, pour le pansement, la gaze iodoformée par la gaze phéniquée. Dès le lendemain l'éruption rubéolique avait disparu, les vésicules des bras s'étaient affaissées. Les lésions semblables aux brûlures avaient cessé de donner du pus. La guérison complète des accidents ne se fit pas attendre.

29° Bourdette (*Thèse de Paris*, 1893). — Homme de 29 ans, vient à la consultation le 14 mars pour une acné boutonneuse : traitement 4 pilules de 0,10 d'iodoforme par jour. Le 23, amélioration de l'éruption d'acné, mais symptômes désagréables : anorexie, le malade trouve partout l'odeur d'iodoforme ; deux ou trois heures après avoir pris les pilules surtout le soir, sensation d'ébriété analogue à un début d'ivresse par l'alcool, pesanteur de tête, excitation générale, impossibilité de tout travail régulier ; nuits très agitées, sommeil troublé par des cauchemars. On diminue la dose d'iodoforme. Le 8 avril, l'acné

va beaucoup mieux, mais les symptômes d'intolérance ayant augmenté on doit cesser l'iodoforme.

30° LE MÊME. — Homme de 63 ans, entre le 3 novembre pour un abcès de la partie supérieure du fémur droit. Ouverture de l'abcès et pansement avec 6 à 7 grammes d'iodoforme. Le 17 décembre, le malade s'est plaint toute la nuit précédente, parlant à haute voix, très agité et empêchant ses voisins de dormir ; aux membres inférieurs, taches de purpura en assez grand nombre variant du rouge vif au rouge bleuâtre. T. le matin 37,4 ; le soir 38°5 ; P. 96. Diminution de l'appétit ; le malade répond difficilement aux questions, se plaint de ne pas y voir par moments, d'avoir des bourdonnements dans les oreilles et un violent mal de tête. Le 18, même état ; céphalée persistante. T. 38,5. P. 97. Le 23, le même état a persisté les jours précédents. Pendant la nuit délire constant avec causerie perpétuelle. Le matin, le malade semble ne pas entendre les questions qu'on lui pose et porte fréquemment les mains à la tête ; le visage est tiré ; envies de vomir fréquentes ; un peu de diarrhée. Nouvelles taches de purpura. Les urines ont un peu diminué de quantité. Le 24, on supprime l'iodoforme. Le 25, l'état s'aggrave. Le malade est de plus en plus agité surtout la nuit ; il essaie plusieurs fois de sauter hors du lit ; la parole est embrouillée ; anorexie complète ; diarrhée abondante ; taches de purpura aux avant-bras. Mort.

A l'autopsie, émaciation considérable du sujet ; dégénérescence graisseuse du foie qui est un peu hypertrophié ; reins pâles et hypertrophiés.

31° LE MÊME. — Femme de 60 ans, entre pour des trajets fistuleux à la face supéro-externe de la cuisse droite. Le

12 février, ablation d'un séquestre, pansement iodoformé. Deux ou trois jours après, agitation de la malade qui se met à défaire son pansement plusieurs fois par jour ; anorexie et vomissements répétés ; délire nocturne. La malade répond à peine aux questions qu'on lui pose et a l'air égaré. T. 37,5. P. 102. L'analyse des urines donne la teinte rouge caractéristique de la présence de l'iodoforme. La malade meurt le 16. A l'autopsie, foie un peu hypertrophié et gras ; le rein droit est plus volumineux que le gauche. L'examen microscopique montre la dégénérescence graisseuse du foie.

32° FOURQUET (*Thèse de Bourdette*). — Femme de 32 ans, atteinte de variole le 8 février 1892. Abcès de la rate consécutif, ayant amené une fièvre violente. Le 9 et le 15 mars, ponction et injection de glycérine iodoformée à 1 p. 200. Le 18 mars, réapparition de la fièvre. T. 38,8. P. 130. Plusieurs crises de dyspnée très intense. Rien de particulier du côté de la tumeur splénique. Le 19, dans la nuit, la malade a été très agitée ; un délire violent s'est déclaré à dix heures et demie jusqu'à une heure du matin. La malade parlait à haute voix, s'adressant à des êtres imaginaires, puis tombait tout à coup dans la prostration d'où elle ne sortait que pour verser d'abondantes larmes sur la mort de son mari et de ses enfants qui étaient auprès d'elle. Le 20, la malade est plus calme. Cependant elle est prise de nausées fréquentes et a rejeté à deux ou trois reprises quelques gorgées de mucosités. Elle a eu cinq à six selles liquides et se plaint de coliques assez violentes. L'examen de l'hypocondre gauche nous permet de constater que la région splénique n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. On remarque une éruption scarlatiniforme

sur le cou, la face et le tronc. L'examen de la gorge ne nous révèle ni angine pultacée ni rougeur du pharynx. Le cœur bat rapidement, mais régulièrement; pas de signes de myocardite; foie normal; urines diminuées d'abondance (1.080 grammes), légèrement albumineuses. Rien aux poumons. La malade a toute sa connaissance. Elle parle parfaitement et répond avec précision aux question qu'on lui pose. T. 38,8. P. 92. Le 21, la plupart des accidents se sont amendés. L'éruption scarlatiniforme a en partie disparu; la température est revenue à 37,8, le pouls à 74. L'amélioration se continue les jours suivants. Le 27, la région splénique est redevenue très douloureuse. Le pus s'est de nouveau formé; nouvelle ponction suivie d'une injection de glycérine iodoformée. Le 28, la malade ne ressent plus de douleur dans l'hypocondre gauche, mais elle éprouve un malaise qui s'accompagne d'une tendance invincible au sommeil. Quelques crampes douloureuses dans les membres inférieurs. Le 29, dans la nuit, crises syncopales; délire loquace; mêmes symptômes que précédemment avec température élevée (39,8) et accélération du pouls. Nausées, vomissements, diarrhée. Le 30, nouvelle éruption érythémateuse sur tout le corps.

Suppression de l'iodoforme et disparition du malaise. L'ouverture et le drainage de l'abcès amènent la guérison.

### *III. Expériences sur les animaux.*

33° Stillé (*Cyclop. of. drug. Path.*) —L'iodoforme administré à deux chiens à la dose de 10 à 15 grains (0,65 à 0,90) produit une sorte d'intoxication suivie d'une dépression. L'animal reste couché tranquille et si on le fait lever il chancelle en marchant et tombe sur le côté. Au bout de quelques heures, il ne subsiste aucune trace de ces symp-

tômes. Si la dose a été portée à 50 ou 60 grains (3 grammes à 3 gr. 50), la prostration et l'intoxication sont suivies par un pouls rapide, des spasmes des membres et de l'opisthotonos, avec paroxysmes ne cessant qu'à la mort. L'haleine sent fortement l'iodoforme. Ces divers phénomènes paraissent démontrer que l'iodoforme par son action primaire peut être rangé dans les anesthésiques.

34° Binz (*Arch. f. exper. Path. and Pharm.* 1878). — L'iodoforme administré à l'intérieur a sur le chien et surtout sur le chat une action narcotique. A doses toxiques, il produit une dégénérescence graisseuse aiguë du foie, du cœur, des reins ; il amène la mort au milieu de phénomènes de paralysie généralisée avec chute notable de la température.

35° Hogyes (*id.*, 1879). — Il a observé les mêmes résultats que Binz ; en outre, les animaux, avant leur mort, ont présenté de l'amaigrissement et les signes d'une paralysie cardiaque et respiratoire. L'autopsie a démontré les mêmes lésions de dégénérescence graisseuse, et en outre un ou deux foyers hémorrhagiques dans le lobe inférieur des poumons.

36° Rummo (*Arch. de Physiol.*, nos 6 et 7, 1883). — *Action sur le cœur et la température.* — Un des premiers effets de l'intoxication est le ralentissement des battements du cœur, ralentissement régulier ne s'accompagnant pas de la diminution de l'énergie cardiaque, ni d'irrégularité des contractions. Il agit aussi sur la température, qui est augmentée légèrement par les faibles doses et qui diminue notablement par les doses massives.

*Action sur les centres nerveux, les nerfs et les muscles.* — Dans

une première période, il produit une diminution de motilité volontaire, particulièrement chez les grenouilles, en même temps qu'un amoindrissement de la sensibilité et des phénomènes réflexes ; cet amoindrissement progressif s'accompagne d'une diminution assez marquée de l'excitabilité des nerfs sensitifs et des muscles ; mais ces derniers, plus longtemps que les nerfs périphériques, réagissent aux excitations galvaniques.

Dans une seconde période surviennent des contractions toniques accompagnées d'exagération des réflexes tendineux, puis enfin des contractions tétaniformes généralisées au milieu desquelles survient la mort ; ces phénomènes ne se produisent qu'avec de fortes doses du médicament.

*Action sur les sécrétions.* — Il augmente presque toutes les sécrétions, particulièrement les sécrétions biliaire et salivaire, provoque des troubles digestifs, à fortes doses, en déterminant des vomissements, le dégoût des aliments, et des selles diarrhéiques et dysentériques.

Les urines deviennent parfois albumineuses, lorsque l'iodoforme a été employé à très forte dose ; quelquefois elles contiennent un peu de sang ; du reste, il est facile de constater du côté des reins des lésions de glomérulite et de congestion.

Comme *lésions*, altération graisseuse des cellules hépatiques ; dilatation des vaisseaux sanguins de la moelle épinière et altération des cellules des cornes antérieures (diminution de volume et disparition du noyau).

37° Fourquet (*Thèse de Bourdette*). — Nécropsie d'un cobaye empoisonné par l'iodoforme. *Œsophage* : quelques taches ecchymotiques. *Estomac* : parois épaissies, muqueuse tuméfiée avec quelques ulcérations taillées à

pic ; dégénérescence graisseuse des glandes de l'estomac. *Cæcum* : épaississement de la muqueuse et ulcérations analogues à celles de l'estomac. *Foie* : hypertrophie; dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, le lobule tout entier participe à cette dégénérescence. *Reins* : urine légèrement albumineuse ; hypertrophie légère des reins ; tous les épithéliums présentent une tuméfaction trouble ; les cellules épithéliales des canaux contournés sont infiltrés de granulations graisseuses. *Cœur* : dégénérescence graisseuse du myocarde, lésion peu accusées.

(*A suivre.*)

Dr Marc Jousset.

---

## THERAPEUTIQUE

### TRAITEMENT DE LA CATARACTE SÉNILE

(*Travail lu à la Société française d'homœopathie.*)

A plusieurs reprises, et notamment dans ma conférence de 1893 sur le traitement homœopathique des maladies des yeux, j'ai insisté sur ce fait que la cataracte sénile ou opacification progressive des fibres cristalliniennes, est une *maladie*, au même titre que les autres affections oculaires, qu'elle est caractérisée par un ensemble de symptômes et de lésions, qu'elle résulte de variations moléculaires et de changements de proportions entre les éléments solides et liquides qui constituent la lentille à l'état normal, et que, partant, on est en droit de rechercher si une médication appropriée, qu'elle soit interne ou externe, locale ou générale, n'est pas apte à

enrayer l'évolution des opacités cristalliniennes et, par suite, à empêcher ou tout au moins retarder la formation de la cataracte.

Cette conclusion — je me hâte de le dire — n'est pas le fait de notre seule École. De nombreux oculistes, et non des moindres, ont eu, à différentes époques, la vague intuition de cette cure possible, mais presque tous l'ont limitée aux cataractes diabétiques ou d'origine oculaire, et je ne crois pas exagérer en affirmant que l'immense majorité des opthalmologistes modernes considère le traitement de la cataracte sénile comme exclusivement chirurgical.

A notre École revient l'honneur d'avoir sérieusement abordé le traitement médical de la cataracte sénile.

Beaucoup de médicaments ont été expérimentés avec succès, mais, jusqu'à présent, je crois, on n'a fixé que d'une façon très imprécise les différentes indications qui régissent l'administration de tel ou tel remède.

Il est un fait pourtant sur lequel je tiens à insister, c'est qu'il semble aujourd'hui bien prouvé qu'une cataracte a d'autant plus de chances d'être enrayée ou guérie qu'elle est prise à une époque plus rapprochée du début.

Pour vous faire bien comprendre, Messieurs, comment il se fait qu'un médicament ait chance de réussir à un moment donné et qu'à tel autre il devienne complètement inutile, je crois bon de vous rappeler en quelques mots l'anatomie physiologique du cristallin.

Abstraction fait de la capsule cristallinienne ou cristalloïde, qui ne peut être en cause ici, sa propriété de membrane vitreuse la rendant absolument réfractaire aux réactions chimiques aussi bien qu'aux processus pathologiques, le cristallin se compose, comme vous le

savez, de deux ordres de fibres, les unes superficielles et peu nombreuses, ou *fibres à noyau*, les autres qu'on appelle *fibres dentelées* et qui s'engrènent réciproquement par leurs bords, constituent la presque totalité de la masse du cristallin.

Toutes ces fibres, auxquelles viennent se joindre au niveau de l'équateur, des *cellules* dites *formatrices*, sont disposées, à l'état normal, suivant des rayons étoilés qui subdivisent le cristallin en un certain nombre de secteurs absolument transparents d'ailleurs dans leur ensemble.

Sous l'action de certaines substances chimiques ou sous l'influence d'altérations sanguines spéciales, soit d'ailleurs séniles ou pathologiques, on voit le cristallin subir une véritable déhiscence et se séparer en un certain nombre de fragments reliés les uns aux autres par des espaces vides ou *fissures*, au sein desquelles s'accumulent d'abord les liquides normaux du cristallin, puis progressivement ceux qui, attirés en quelque sorte par cette tendance au vide, viennent du dehors par voie endosmo-exosmotique.

Alors apparaissent les opacités lenticulaires, opacités généralement rayonnées et plus accusées dans les régions équatoriales. — C'est là la première phase de l'évolution de la cataracte, trouble purement dynamique où les divers éléments conservent leur constitution propre, tout en variant de forme, d'ordre ou de proportion. C'est la période, je ne dirai pas inflammatoire, le terme serait impropre, mais active, vivante et par suite encore susceptible d'être modifiée par des agents appropriés.

C'est dans cette période qu'il faut agir sous peine de voir ses efforts, sinon toujours, du moins fort souvent infructueux.

Sous l'influence des troubles apportés à la nutrition de la lentille par cet état de choses anormal, le contenu des fibres cristalliniennes prend un aspect finement granuleux qui est une altération moléculaire déjà plus grave, mais qui semble encore néanmoins pouvoir être amendée. C'est la phase *intermédiaire* qui, selon son plus ou moins d'intensité, peut et doit raisonnablement se rattacher à l'une ou l'autre des deux périodes distinctes de l'évolution de la cataracte.

La troisième période ou période *passive* est caractérisée par une mortification cellulaire et des transformations régressives. La fibre cristallinienne tiraillée en certains points, pressée en d'autres, se déforme peu à peu. D'aplatie qu'elle était au début, elle devient cylindrique, se renfle en certains points, s'amincit en d'autres, et finalement se rompt, laissant échapper des sortes de gouttelettes graisseuses qui, mélangées aux débris des enveloppes à des cristaux de cholestérine et parfois à de fins corpuscules calcaires de nouvelle formation, constituent une opacification générale, autrement dit une cataracte dont les caractères varient suivant la prédominence de telle ou telle altération.

Je ne voudrais pas être trop affirmatif, l'avenir nous réservant peut-être de consolantes surprises, mais, pour ma part, je ne crois pas que, dans cette troisième période, les médicaments puissent avoir une influence bien grande : si armés que nous soyons, de par notre thérapeutique, nous n'en sommes pas encore arrivés à refaire de la vie avec de la mort.

Je vous disais en commençant que les indications des divers remèdes employés jusqu'à présent étaient peu pré-

cises. Il en est quelques-unes pourtant qu'une expérience de quinze années déjà m'a permis d'établir, sinon d'une façon définitive, du moins avec quelques chances de probabilité.

Ce sont les suivants :

*Cannabis sativa.* — Cataracte survenant à la suite de troubles nerveux. Dépression mentale ou bizarrerie de caractère; antécédents alcooliques ou nicotiniques; le malade se frappe et croit à sa cécité prochaine.

*Causticum.* — Cataracte survenant chez des malades ayant présenté ou présentant des troubles de la motilité, que ces troubles, d'ailleurs, soient de nature paralytique ou de nature convulsive.

Ce médicament m'a donné un résultat merveilleux chez trois malades dont deux étaient atteints d'hémiplégie post-hémorrhagique, et dont le dernier présentait un tic non douloureux de la face.

Les opacités sont grisâtres, peu nettes et irrégulièrement réparties sur les deux yeux.

*Cineraria maritima.* — Ce médicament est incertain, tout au moins en ce qui me concerne, et jusqu'à présent son administration interne ne m'a donné que de très vagues résultats. Dans les quelques rares cas où il a paru agir, j'ai dû le donner à dose massive (4 à 8 gouttes de teinture-mère par vingt-quatre heures). Et le mieux est encore, je crois, de l'instiller dans l'œil, ainsi que l'avait primitivement conseillé son inventeur.

Le *Cineraria maritima* paraît surtout agir sur les cataractes traumatiques ou consécutives à des déchirures de la zonule. Ces cataractes sont blanchâtres, disséminées, et s'accompagnent d'un très rapide obscurcissement de la vision.

*Conium maculatum.* — A rapprocher de *cannabis sativa* en ce sens qu'il réussit mieux chez les personnes nerveuses et déprimées. Je soigne en ce moment un artiste hypochondriaque chez lequel *conium* semble être particulièrement indiqué. Dès que je le cesse ou que je le change, les opacités augmentent pour rétrocéder aussitôt que je le reprends.

*Ledum palustre.* — Ce médicament me sert depuis quelques années chez les malades atteints d'affections goutteuses. Ayant eu à soigner, en 1891, une irido-sclérite de cette nature, chez une personne âgée qui présentait en même temps un commencement d'opacification du cristallin, je donnai *Ledum* pour l'irido-sclérite et constatai non sans surprise que les opacités cristalliniennes rétrocédaient en même temps.

Depuis lors, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'indication de ce médicament; aussi l'administrai-je d'une façon systématique conjointement avec *secale*, lorsque les malades atteints de cataracte sont en même temps arthritiques avérés.

*Naphtaline.* — J'emploie peu ce médicament qui semblait cependant bien indiqué par les accidents observés à la suite de l'empoisonnement qu'il provoque. Une fois ou deux, il m'avait paru donner quelques résultats ; malheureusement ces résultats ne se sont pas maintenus et j'ignore encore dans quelles circonstances il convient de le donner pour qu'il réussisse.

*Magnesia carbonica.* — M'a procuré quelques améliorations chez des femmes atteintes de troubles utérins ou ménopausiques ainsi que chez des sujets débilités par quelque maladie grave antérieure (cancer, syphilis, affection de l'estomac ou du foie, etc.). L'amaigrissement est

prononcé, la peau terreuse et parcheminée. Dans deux cas de goitre exophthalmique avec complication de cataracte, *magnesia carbonica* m'a paru exercer une heureuse influence sur la marche de cette dernière.

*Natrum muriaticum.* — C'est, avec *secale cornutum* mon médicament de fond, si je puis m'exprimer ainsi.

Employés au début de la cataracte sénile, ces deux médicaments, associés ou séparés, m'ont presque toujours donné d'excellents résultats.

Leur indication semble être de n'en pas présenter, en ce sens que les cataractes qu'ils amendent surviennent à titre de simple sclérose sénile, sans qu'on puisse invoquer aucune tare constitutionnelle grave ou aucune lésion oculaire antérieure.

L'aspect de la cataracte est d'ailleurs typique; elle débute par la périphérie en affectant une forme radiée, à stries nettes, quoique souvent irrégulières. Dans cette forme, l'acuité visuelle reste longtemps relativement bonne, surtout lorsque le malade jouit d'un bon éclairage.

*Phosphorus.* — Excellent médicament de la cataracte chez les albuminuriques, les diabétiques, les malades atteints d'affections cardiaques et présentant des hémorrhagies chorio-rétiniennes. Les opacités sont plutôt centrales que périphériques et s'accompagnent d'un trouble de la vision d'autant plus accusé que l'éclairage est plus intense.

Tout dernièrement *phosphorus* m'a donné un véritable succès chez un vieux malade atteint d'hémorrhoïdes et goutteux, chez lequel *ledum* avait échoué. Une série d'épistaxis rebelles m'avait induit à prescrire *phosphorus* et l'expérience m'a prouvé que j'avais eu raison.

*Secale cornutum.* — Médicament de fond avec *natrum*, en ce sens qu'il s'applique également bien à tous les cas. Il est probable que le phénomène primordial de l'opacification du cristallin étant une raréfaction du liquide interfibrillaire, *secale* et *natrum* agissent en ramenant plus ou moins complètement le volume de ce liquide à son taux normal.

En dehors toutefois de ces indications générales, *secale* en comporte quelques particulières. C'est ainsi que, comme *magnesia*, il semble convenir surtout aux femmes dont la ménopause a provoqué ou entretenu des lésions utérines graves.

Comme différence à signaler entre *natrum* et *secale*, j'ai noté que le premier comportait souvent un rétrécissement, et le second une dilatation des pupilles.

*Senega* que préconisent quelques auteurs et qui semble indiqué par la perte de liquide qu'il fait subir à l'organisme, ne m'a donné que des résultats tout à fait incertains. Je l'ai en conséquence et jusqu'à nouvel ordre rayé de ma pratique depuis plusieurs années déjà.

Je n'en dirai pas autant de *silicea*, de la vertu duquel le Dr Jousset paraît douter, dans son Traité de matière médicale et que, sur les indications de M. Gordon, notées par le Dr Cartier, j'ai à plusieurs reprises employé avec un grand succès.

Les indications sont les suivantes : cataracte survenant chez des hommes de bureau surmenés par un long travail ou de constitution faible. Il y a des douleurs, ou plutôt des lourdeurs de tête, de l'amnésie verbale, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des troubles d'estomac, parfois des hémorrhoïdes ou de la goutte, et souvent aussi un état fébrile vespéral ou nocturne.

Les pupilles sont généralement contractées et j'ai, dans plusieurs cas, noté de la photophobie.

*Sulfur*. — Associé à *natrum* ou à *secale*, m'a paru maintenir et quelquefois renforcer leur action, notamment chez les malades où la cataracte coïncide avec un état général défectueux, qu'il s'agisse d'antécédents scrofuleux, de troubles cérébro-spinaux, de tubercules ou de lésions utérines graves.

*Tellur* a été préconisé par le D[r] Guérin-Méneville, et c'est à lui que je dois de l'avoir expérimenté chez des malades atteints de cataracte. Ce médicament paraît surtout s'appliquer aux cataractes consécutives à des lésions oculaires : irido-choroïdites, glaucome, hémorrhagies vitréennes. décollement de la rétine, etc.

La gravité de ces altérations primitives fait que le traitement de la cataracte devient forcément secondaire, et qu'on ne peut toujours discerner la part réelle de l'amélioration qui revient à *Tellur* ou aux autres médicaments employés.

Néanmoins, j'ai cru remarquer qu'il avait une tendance à faire résorber les infiltrations iriennes et choroïdiennes, amélioration qui, en rendant plus de vitalité au cristallin, permettait la rétrocession des opacités commençantes.

D[r] PARENTEAU.

---

### TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'EXTRAIT DE FOIE ET L'EXTRAIT DE PANCRÉAS

Nous avons envoyé à M. Charrin, président de la Société de biologie, à l'occasion d'une communication de MM. Gilbert et Carnot, une note qui a été communiquée à la Société de biologie et reproduite dans son bulletin. Cette note avait pour but de revendiquer pour nous la priorité de l'emploi des extraits d'organes animaux dans le traitement du diabète.

Voici la note telle qu'elle a été publiée dans le bulletin de la Société de biologie (n° du 26 décembre).

Dans la séance du 21 novembre, MM. Gilbert et Carnot ont fait une communication sur l'opothérapie hépatique, dans laquelle ils rendent compte du traitement du diabète sucré par des extraits de foie, traitement qui aurait diminué la quantité de sucre excrété.

Dès février 1896, dans l'*Art médical* et ailleurs, nous avons signalé des faits analogues.

Depuis près de trois ans, nous avons déjà traité des diabétiques par des extraits d'organes animaux, préparés suivant la méthode de Brown-Séquard et administrés par la voie stomacale à la dose de X à XXX gouttes par jour. Nous avons d'abord employé le pancréas qui nous a donné des succès assez remarquables ; mais, dans certains cas, n'en ayant rien obtenu, nous lui avons substitué l'extrait de foie et, chez plusieurs malades, la quantité du sucre a notablement diminué.

Voici du reste ce que nous disions dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Jacques, à la fin de décembre 1895, et publiée dans l'*Art médical* (février 1896).

« En terminant cette leçon, je désire vous signaler un nouveau traitement du diabète. Je vous ai entretenus plusieurs fois du traitement de cette maladie par le pancréas préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et administré par la voie stomacale.

A côté de succès rapides et durables, cette méthode compte aussi des insuccès absolus, particulièrement dans le diabète gras. Nous avons pensé qu'il serait bon de remplacer, dans ces cas-là, le pancréas par le foie. Nous avons donc administré à des diabétiques, par la voie stomacale, le foie préparé par la méthode de Brown-Séquard, et quoique ces essais soient encore trop récents pour que nous puissions poser une conclusion ferme, nous vous les signalons, cependant, pour que, de votre côté, vous puissiez vérifier l'efficacité de cette méthode.

Dans trois cas, chez des femmes atteintes de diabète très chronique et chez lesquelles le pancréas n'avait rien produit, nous avons obtenu, par le nouveau médicament, chez l'une, une diminution de 8 grammes de sucre ; chez l'autre, une diminution de 20 grammes après trois semaines de traitement et sans régime ; enfin, chez une troisième, le sucre est tombé de 90 à 49 grammes ; chez toutes, la quantité des urines a diminué. »

D^rs P. et Marc Jousset.

# CLINIQUE

## DU PNEUMOTHORAX SIMPLE ET DE LA TUBERCULINE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC

Nous trouvons dans la *Semaine médicale* du 10 décembre une leçon de M. le Dr Chauffard sur le pneumothorax simple.

Cette leçon contient une observation fort intéressante et que nous reproduisons ici :

Le 18 novembre, dans la soirée, cette femme, en pleine santé, jouait avec sa petite fillette âgée de deux ans et demi; l'enfant était à terre; sa mère, tout en riant, se baisse, la prend et la soulève brusquement d'un seul bras, le bras gauche. Au même instant, elle ressent subitement une violente douleur dans le côté gauche de la poitrine, et se trouve prise d'un accès de suffocation, d'une dyspnée angoissante qui dure toute la nuit, s'atténue progressivement les jours suivants, jusqu'à l'admission de la malade dans nos salles cinq jours après.

A ce moment, la douleur et la dyspnée sont encore vives, et il existe une légère cyanose des lèvres et des pommettes.

L'examen de la poitrine décèle l'existence d'un pneumothorax gauche généralisé, sans mélange d'effusion liquide dans la plèvre. On constate un tympanisme grave en avant et en arrière, et une abolition à peu près complète du murmure vésiculaire et des vibrations vocales; pas de souffle amphoro-métallique, ni de tintement métallique, ni de succussion, mais le bruit d'airain est nettement constatable.

Le cœur n'est pas dévié; la moitié gauche du thorax n'est pas dilatée; c'est plutôt le côté droit qui l'emporte, par ampliation supplémentaire.

L'examen du poumon droit ne montre aucun signe de tuberculose pulmonaire ni d'emphysème; on ne constate qu'une exagération vicariante du murmure vésiculaire.

La température reste constamment normale, entre 37° et 37°5, et aucune effusion liquide ne vient se surajouter à l'épanchement gazeux.

Quant à l'évolution du pneumothorax, elle a été aussi bénigne que possible. Au bout de cinq à six jours, et simplement par le repos et l'immobilisation du thorax, dyspnée et douleur ont disparu. L'épanchement gazeux s'est résorbé peu à peu, et aujourd'hui, 10 décembre, il n'en reste à peu près plus trace et la malade nous quitte pour rentrer chez elle; le bruit d'airain n'est plus perceptible, et le murmure vésiculaire, quoique encore affaibli, s'entend jusqu'en bas de la poitrine. On peut donc considérer notre malade comme guérie, et cela trois semaines seulement après l'apparition de cet accident dramatique et si grave à son début.

L'observation que nous venons de rapporter est aussi intéressante par sa netteté que par la rareté du cas pathologique qu'elle relate.

M. Chauffard explique très bien le mode de production de ce pneumothorax.

Notre malade *riait aux éclats*, c'est-à-dire faisait une série d'expirations forcées avec demi-occlusion glottique, un *effort expiratoire;* en même temps, elle enlève d'un seul bras son bébé. Celui-ci, nous l'avons constaté, pèse 11 kilogrammes, si bien qu'à l'effort expiratoire s'est

brusquement ajouté un effort musculaire énergique. Résultat immédiat : rupture alvéolaire et pneumothorax *par éclatement*, par véritable traumatisme interne.

M. Chauffard cite fort à propos le travail de Galliard qui s'appuie sur 37 observations de ce que ce médecin appelle le pneumothorax des emphysémateux latents ou pneumothorax bénin.

Le mode de production de ce pneumothorax, les symptômes qui l'ont accompagné, sa terminaison complète par la guérison en moins de 20 jours, l'examen négatif de la poitrine suffisaient, ce nous semble, pour poser le diagnostic. Telle n'a pas été l'opinion de M. Chauffard. Il a cru devoir demander à l'épreuve par la tuberculine la confirmation de son diagnostic. Ce médecin a donc soumis sa malade à quatre jours de distance à une injection sous-cutanée de tuberculine de Koch. 0,002 gr. ont été injectés la première fois, et 0,003 la seconde. Le résultat a été absolument négatif.

Par comparaison, M. Chauffard a cru devoir injecter deux milligrammes de la même tuberculine à une malade « atteinte d'une minime induration dans l'un de ses sommets ». Cette injection a donné lieu à une « réaction typique de 36 heures de durée avec fièvre, sueurs profuses, courbature générale, râles fins aux deux bases ».

En somme, il n'y a eu aucun malheur à déplorer mais nous professons cette opinion bien arrêtée qu'on doit s'interdire de faire *sans nécessité* des injections de tuberculine.

Or, la malade au pneumothorax présentait un diagnostic assez net pour qu'on pût lui épargner *l'épreuve par la tuberculine*.

Quant à la malheureuse phtisique à laquelle on a

infligé 36 heures de fièvre pour affirmer une nouvelle conquête à la clinique, nous ne ferons qu'une remarque, c'est qu'il n'est permis de prendre des témoins pour ses expériences que quand ces témoins sont des cobayes ou des lapins, qu'en un mot nous regrettons de voir transporter dans les salles de malades les procédés de laboratoire.

Dr P. JOUSSET.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### DE L'INDÉPENDANCE DES LÉSIONS SURRÉNALES VIS-A-VIS DU SYNDROME ADDISONIEN

Ceux qui s'intéressent aux études anatomo-pathologiques, ceux d'entre eux principalement qui ont eu l'occasion de pratiquer leurs investigations chez les vieillards, ne sont pas sans avoir constaté la fréquence relative des altérations des capsules surrénales, chez des sujets qui, dans leur histoire clinique, n'avaient présenté aucun symptôme addisonien ou, tout au moins, aucune pigmentation des téguments ou des muqueuses.

Chez certains on trouve, en effet, soit une calcification très accusée du tissu conjonctif entourant les capsules surrénales, soit des capsules très volumineuses, ovoïdes, de couleur mastic, fermes à la coupe, et dont le tissu blanchâtre présente des marbrures réfringentes. Ce dernier cas, le plus fréquent, correspond à ce que les histologistes modernes conviennent de nommer altération fibro-caséeuse : au microscope cette lésion se présente sous forme de trousses fibreuses sillonnant un tissu en dégénérescence granulo-

graisseuse. A cette classe de lésions appartient le cas que nous avons rapporté récemment (1).

Fréquemment ces lésions surrénales sont concomitantes avec des lésions des organes thoraciques ou abdominaux : poumons surtout, rate, méninges, etc... Bien que souvent ces lésions concomitantes puissent être rapportées à la tuberculose, il en est des exemples dans lesquels l'hésitation est permise.

Rien de plus fréquent en effet, principalement chez les vieillards, que ces lésions de sclérose disséminée : c'est ainsi que la périsplénite, la cirrhose graisseuse du foie, la méningite chronique rachidienne, se montrent fréquemment associées chez des individus âgés, mort d'affection banale et indemnes de toute lésion tuberculeuse constatable à l'autopsie.

Quoi qu'il en soit du reste de la nature du processus d'irritation chronique ayant agi simultanément sur divers organes indépendants du moins physiologiquement, il convient de remarquer l'absence fréquente du syndrome de la maladie d'Addison dans les cas où les capsules surrénales sont atteintes par le processus précédent.

Dans le seul relevé de Klebs, cité par Cornil et Ranvier (2), sur 141 cas de lésions capsulaires relatées à l'autopsie 41 sujets n'avaient jamais présenté de pigmentation des téguments ou des muqueuses.

Devant des faits de ce genre, la théorie pathogénique de la maladie bronzée, basée sur l'insuffisance capsulaire, théorie que les anciens auteurs eussent rangée au

(1) Méningite chronique. Dégénérescence des capsules surrénales avec absence de pigmentation. *Soc. Anatomique*. Déc. 1890.

(2) *Histol. pathol.*, t. II.

nombre des théories humorales, et qui a trouvé des partisans célèbres, pour ne citer que les noms de Hutchinson, Trousseau, Lasègue, Féréale, Brown-Séquard, Abelous et Langlois, cette théorie disons-nous se trouve ruinée.

La théorie des altérations du système de la vie de relation (grand sympathique, ganglions semi-lunaires) reste donc ; admise après hésitations par Addison, le créateur de la maladie bronzée, soutenue depuis par Mattei, Barlow, Schmidt, Jaccoud, Dieulafoy, Lancereaux, Schultz, Oppenheim et P. Marie, elle paraît expliquer d'une façon satisfaisante les troubles gastriques, l'asthénie, la pigmentation, symptômes essentiels de la maladie d'Addison.

Il y aurait intérêt, pour rendre indiscutable la théorie nerveuse, à pratiquer l'examen des ganglions semi-lunaires et du plexus solaire, et cela d'une façon systématique, dans tous les cas soit d'altérations des capsules surrénales avec absence de pigmentation, soit de syndrome addisonien avec intégrité relative des capsules.

On arriverait probablement ainsi à renverser la proposition de Rindfleisch (1), d'après laquelle l'altération des éléments nerveux serait toujours consécutive à la propagation des lésions capsulaires.

E. Lefas.

---

## NEUROPATHOLOGIE

### NOTE SUR UN PROCÉDÉ DE CONTROLE DE LA MÉTHODE DE PAL-KAISER

Pour brillants que soient les résultats fournis par la

(1) *Histol. pathologique.*

méthode de Pal-Kaiser relativement à la coloration des tubes et fibres nerveux (1), il n'en faut pas moins convenir que ces résultats sont parfois incertains.

Cette inexactitude porte principalement sur le nombre des tubes nerveux contenus dans les racines rachidiennes, fait important à constater dans certaines affections et notamment dans le tabes ; souvent alors le nombre des tubes persistant dans les racines paraît moindre qu'il n'est en réalité.

Aussi tout en acceptant la méthode précédente, il peut être utile de vérifier dans quelques cas son exactitude.

Dans ce but nous traitons les coupes selon Pal-Kaiser, mais au sortir du bain colorant d'hématoxyline, la coupe est plongée dans l'alcool à 90° additionné de 1 p.100 d'acide chlorhydrique pur ; le bain est changé jusqu'à ce que la coupe ne rende plus de couleur : elle est alors lavée et montée.

On a alors une coupe d'aspect assez sombre, de coloration violette sur laquelle les tubes nerveux et les cellules apparaissent sur un fond violet clair.

Ce procédé, dont l'application nous a été suggérée par notre maître M. Klippel, médecin des hôpitaux, qui l'a du reste adopté dans l'examen de certains cas de tabes, bien

---

(1) Rappelons rapidement la technique selon Pal-Kaiser ; traitement successif des coupes par : 1° solution aqueuse d'acide chromique à 1 p. 100 = 1 heure; — 2° solution hydro-alcoolique de perchlorure de fer à 30 p. 100 = 5 minutes ; — 3° hématoxyline de Weigert à chaud ; — 4° solution aqueuse de permanganate de potasse à 1 p. 400 = 2 minutes ; — 5° solution aqueuse d'acide oxalique (1 p. 100) et de sulfate de potasse (1 p. 100) jusqu'à décoloration de la substance grise — Montage de la coupe.

que ne donnant pas des résultats en général très élégants, paraît avoir, en attendant mieux, son utilité pratique.

É. LEFAS.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 1er décembre. — Double ophtalmoplégie extérieure et héréditaire chez six membres de la même famille.* — Le professeur Panas fait un rapport sur une observation du Dr Gourfein portant ce titre. L'ophtalmoplégie constitue un état pathologique des plus suggestifs. Supposez un individu dont les paupières tombantes lui donnent un air continuellement endormi, en même temps les globes oculaires, immobiles ou à peu près, semblent figés dans les orbites et, pour se conduire, le malade renverse la tête en arrière et la tourne constamment dans tous les sens. Dans ce cas, il y a donc paralysie des nerfs moteurs extrinsèques du globe de l'œil, tandis que les filets intrinsèques sont préservés, d'où conservation des réflexes pupillaires et de l'accommodation.

L'étiologie de cette affection reste obscure bien qu'on ait essayé de la rattacher à une infection générale telle que la syphilis.

Dans l'observation du Dr Gourfein, il s'agit de six individus de la même famille, la grand'mère paternelle, le père et quatre de ses enfants sur six, atteints d'ophtalmoplégie congénitale ou à peu près.

Chez ses malades, on ne peut incriminer comme cause ni la syphilis, ni des maladies infectieuses, ni des traumatismes. Aussi, le Dr Gourfein est-il enclin à admettre que dans l'ophtalmoplégie congénitale il s'agit non d'une lésion nucléaire ou sus-nucléaire, mais d'amyotrophie héréditaire familiale qui ne diffère du type décrit par Leyden, Charcot, Marie et Landouzy, que par sa localisation dans les muscles extrinsèques du globe. A l'appui de sa thèse, il invoque la coexistence du nystagmus, l'aplatissement des arcades sourcilières, l'amblyopie plus ou moins forte, et un certain degré d'excavation avec pâleur du disque optique. Ainsi que le reconnaît M. Gourfein, seule l'anatomie pathologique pourra confirmer un jour la pathogénie musculaire admise par lui.

*Sur un nouveau cas de pied de Madura observé en Algérie.* — On a reconnu depuis quelques années, que le pied de Madura est une maladie très analogue à l'actinomycose, puisqu'elle est causée par un champignon ayant la plus grande ressemblance avec celui qui engendre cette dernière affection. Il a été établi, d'autre part, que le mycétome n'était nullement spécial aux Indes et on a constaté sa présence en Cochinchine, au Sénégal et en Algérie, où le Dr Legrain, de Bougie, en a observé récemment un cas chez un Kabyle.

Cet individu travaillait dans les forêts à la récolte du liège et marchait pieds nus. Vers 1880, son pied gauche devint le siège d'un gonflement progressif sans lésion cutanée apparente. En 1885, le gonflement était assez accusé pour empêcher le malade de travailler. Depuis lors. celui-ci ne peut plus se déplacer que monté sur un âne,

En 1893, des tubercules cutanés commencèrent à se

montrer sur toute la surface du pied malade. Par la suite, la peau fut progressivement envahie par la lésion. Actuellement, le pied est uniformément hypertrophié; cette hypertrophie porte sur les os, les ligaments et les tendons. Le pied présente sur toute sa surface une trentaine de tubercules variant du volume d'une lentille à celui d'un gros pois. Ces tumeurs sont d'aspects divers : les unes sont dures, indolores et recouvertes d'un épiderme normal; les autres sont molles, fluctuantes, d'un rouge sombre et douloureuses au toucher.

Si on incise ces tumeurs il en sort une sérosité brunâtre tenant en suspension quelques grains d'un blanc nacré de dimensions variables. Quand on les laisse évoluer normalement, ces tumeurs finissent par devenir bulleuses et par crever ; leur contenu s'échappe et il reste un petit cratère circulaire, peu profond, qui s'oblitère et se cicatrice assez vite.

Les ganglions inguinaux ne sont pas atteints. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines du malade dont l'appétit est d'ailleurs excellent.

L'iodure de potassium qui réussit si bien dans l'actinomycose s'est montré impuissant contre le pied de Madura. Cette maladie étant due à un champignon peut se développer ailleurs qu'au pied. On l'a déjà vue plus d'une fois siéger à la main et elle peut envahir aussi bien d'autres régions du corps.

*Considérations critiques sur la contagion et l'origine des maladies infectieuses.* — Tel est le titre d'une communication de M. Kelsch à l'Académie, que nous ne saurions trop engager les lecteurs de l'*Art médical* à lire en entier dans le bulletin de l'Académie de Médecine, car ils trou-

veront la confirmation des idées si souvent soutenues dans ce journal par le Dr Jousset père (1), idées auxquelles le savant professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce apporte l'appui de son indiscutable autorité. Nous en donnerons seulement les conclusions ;

« Rapporter toute atteinte de fièvre typhoïde, de choléra à l'ingestion d'une eau souillée par des déjections morbides ou au contact plus ou moins intime avec un malade, c'est oublier cette autre donnée si lumineuse que nous devons aux recherches microbiologiques, à savoir, que le même microorganisme peut être tour à tour saprophyte et pathogène, que certaines maladies infectieuses naissent à l'occasion sans contagion directe ou médiate, enfin que les anciennes observations sur la genèse spontanée restent toujours debout, avec cette condition expresse que cette origine autrefois si mystérieuse, est actuellement éclairée, comprise et ramenée aux lois générales de la pathogénie. »

*Séance du* 8 *décembre*. — *Intoxication saturnine par les boîtes à lait*. — Le Dr Duchenne a envoyé à l'Académie la relation d'une observation faite par lui à la fin d'octobre 1896 sur un malade, qui, après avoir absorbé du lait ayant séjourné douze heures dans une boîte en fer blanc, fut pris, une demi-heure après, de crampes d'estomac, avec vomissements répétés. Dans la même maison, un enfant de quelques mois était alimenté avec le lait de même origine et souvent conservé dans la même boîte. Le nourrisson présentait un amaigrissement marqué avec constipation et vomissements. Notre confrère ayant fait

(1) Voir *Art médical*. Décembre 1895, page 402.

analyser l'étain employé pour l'étamage de la boîte, et y ayant constaté une certaine proportion de plomb, en conclut qu'il en a affaire à deux cas d'empoisonnement par le plomb. Cette conclusion semble un peu aventurée, comme le fait remarquer M. Arm. Gauthier qui fait un rapport sur cette observation. En effet, on n'a pas recherché la présence du plomb dans le lait contenu dans la boîte, et il est très possible que le lait ait été altéré par quelques fermentations bactériennes dues à un nettoyage insuffisant de la boîte.

*Œsophagotomie externe avec diagnostic radiographique pour l'extraction d'une pièce de monnaie.* — Il s'agit d'une fillette de 4 ans chez qui Péan a dû pratiquer cette opération pour une pièce de monnaie avalée dix jours auparavant. Des tentatives d'extraction ayant été faites sans résultat, le Dr Péan procéda à l'œsophagotomie. L'incision fut faite à la peau depuis le niveau de l'angle de la mâchoire jusqu'à la première pièce du sternum. Malgré la longueur de l'incision, il fut très difficile même en s'aidant de la sonde cannelée et du doigt de voir et de sentir l'œsophage. Avant de l'ouvrir, M. Péan essaya de refouler le corps étranger de bas en haut à travers les tuniqnes de ce conduit. Il réussit ainsi à le remonter un peu et à le saisir par la bouche au moyen d'une pince de Mathieu.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle démontre :

1° La facilité avec laquelle des corps étrangers de 15 millimètres de diamètre peuvent être avalés par des enfants;

3° Leur arrêt habituel au niveau de la portion la plus rétrécie de l'œsophage qui n'a guère que cette dimension

chez l'adulte et qui est naturellement beaucoup plus étroite dans les premières années de la vie.

3° La difficulté de reconnaître leur présence par les moyens habituels lorsque les enfants continuent à avaler les liquides et ne se plaignent d'aucune douleur.

4° Les avantages que donne aux chirurgiens la radiographie, non seulement pour leur permettre de reconnaître la présence du corps étranger, mais encore le lieu précis où celui-ci est arrêté et où il convient d'opérer pour procéder à son extraction.

5° La possibilité, grâce à l'œsophagotomie externe, de pouvoir faire remonter de bas en haut des corps étrangers lisses, plats et arrondis comme des pièces de monnaie; on peut ensuite les extraire par la bouche. Cette opération est, incontestablement, plus avantageuse que l'incision du conduit.

*Séance du 15 décembre.* — Séance consacrée à la distribution des prix et à l'éloge de M. Lasègue.

*Séance du 22 décembre.* — Dans cette séance, M. Kelsch continue l'exposé de ses idées sur les maladies épidémiques en s'occupant des maladies essentiellement contagieuses : des fièvres éruptives. Il montre qu'elles ne présentent pas l'indépendance absolue à l'égard des influences extérieures cosmiques et telluriques qu'enseignait l'ancienne médecine, et que, si les fièvres éruptives ne sont pas justiciables des facteurs morbigènes généraux au même degré que la dothiénentérie ou la pneumonie, elles ne s'en affranchissent pas d'une manière absolue, puisqu'elles ont des allures saisonnières. La constance de ces fluctuations annuelles à travers les climats témoigne que les météores pèsent sur l'acte de la contagion lui-

même, en faisant varier dans un sens ou dans l'autre l'énergie du contage ou les prédispositions de l'organisme. La contagion pure et simple n'explique pas non plus ces larges oscillations de ces maladies qui embrassent une période longue de plusieurs années, pendant laquelle leur niveau s'élève et s'abaisse alternativement et progressivement. On trouve plus simple de les laisser dans l'ombre et de méconnaître leur enseignement, mais ces faits indiquent clairement que les contages subissent à travers les années des variations incessantes, exacerbations ou atténuations de leur énergie auxquelles correspondent le mode épidémique ou sporadique des maladies populaires. Il faut donc bien reconnaître que malgré la révélation de l'essence des contages, le dernier mot de la conception scientifique des épidémies reste encore au *quid ignotum*.

Un autre point bien digne d'attirer l'attention, c'est qu'il y a un nombre considérable d'épidémies ou de faits particuliers de fièvres éruptives qu'il est impossible de rattacher à une contagion d'origine et qui se développent sans importation ou sans contact suspect préalable. On a l'habitude dans ces cas de s'en prendre à des germes anciens, exhumés par une circonstance fortuite des plis d'un vêtement ou du recoin d'un local; ou encore à des germes déposés dans les milieux ambiants par une atteinte fruste ou méconnue. Mais le plus souvent une enquête minutieusement conduite ne permet pas d'admettre une pareille origine, et l'étude de certaines épidémies force à renoncer à l'étude d'un rayonnemont contagieux pour admettre une germination capricieuse provoquée sur plusieurs points à la fois par des influences obscures que le langage traditionnel consacre par le terme d'impulsion épidémique.

La conclusion de ce travail si intéressant est que les maladies contagieuses peuvent naître sans contagion, et que si, s'opposer à la propagation des maladies infectieuses par des cordons sanitaires, par l'isolement et la désinfection est la tâche la plus rationnelle de l'hygiène prophylactique, pour être complète, son œuvre doit comprendre l'amélioration constante des milieux en vue de les rendre impropres à la culture des germes qui y vivent et y acquièrent des fonctions pathologiques. Il convient donc de ne pas oublier l'homme lui-même qui héberge dans ses cavités naturelles tous les facteurs de ses maladies.

Les idées de M. Kelsch sur la contagion et l'origine des maladies infectieuses sont trop en rapport avec celle de l'École de l'*Art médical* pour que nous ne nous félicitions pas de les voir si bien présentées à l'Académie par le savant professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce.

*Séance du 29 décembre. — Du traitement chirurgical de la myopie.* — L'état lamentable auquel se trouvent réduits les myopes de 16 dioptries et plus, dit le professeur Panas, les dangers qu'ils courent par suite du décollement de la rétine et des apoplexies maculaires, sans omettre l'insuffisance patente des verres correcteurs, ont conduit de bonne heure les chirurgiens et les ophtalmologues à se demander si l'on ne pourrait pas y remédier par une opération.

Déjà, en 1770, l'abbé Desmonceaux, médecin philantrope plutôt qu'oculiste, propose d'extraire le cristallin aux malheureux que leur myopie rend impropres au travail. A une époque plus rapprochée de nous, où malgré les conceptions lumineuses de Yung on attribuait aux muscles extrinsèques (droits et obliques) le pouvoir d'accommodation par allongement du globe, on a pensé que la

répétition de cet acte pouvait devenir une cause de myopie. De là à s'attaquer aux muscles, il n'y avait qu'un pas qui fut franchi par Jules Guérin (section des muscles droits), puis Philippes (section de l'oblique supérieur), Bonnet de Lyon (section de l'oblique inférieur), Szokalski et d'autres.

La démonstration due à Helmholtz, que le cristallin et le muscle ciliaire étaient les seuls agents de l'accommodation, eut pour résultat l'abandon des myotomies dans la myopie.

Bier dans son traité de 1817, Weber en 1858, revinrent aux opérations qui s'attaquent au cristallin transparent. Mooren fit même une opération de ce genre assez peu encourageante, puisqu'elle fut suivie d'une irido-cyclite destructive. Vacher (d'Orléans) fit connaître 7 cas opérés par l'extraction (1891). Puis Bouchard, Schweigger, Thier, Valude, Pflüger et d'autres opérateurs vinrent faire connaître les cas qu'ils avaient opérés avec succès. Le professeur Panas rapporte alors un cas qu'il a opéré à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans lequel le résultat optique fut excellent. A la place de la myopie de 22 D. à droite, on trouva après l'opération de l'hypermétropie avec astigmatisme, corrigibles par 65 + 0,75 + 1,25 et V = 1/3. A gauche, après l'opération, l'acuité visuelle devint même supérieure à 1/3. Il y a donc tout lieu d'essayer l'extraction du cristallin dans les myopies aussi fortes.

Le choix du procédé n'est d'ailleurs pas indifférent. L'extraction linéaire simple, après discission et sans iridectomie préalable, constitue l'opération la plus simple et doit être mise en pratique chez les jeunes sujets. Chez les adultes, il faut pratiquer l'iridectomie, puis une discission discrète, et finalement l'extraction à lambeau périphérique suffisamment grand, comme cela se pratique dans la cataracte sénile.

Il ne semble pas qu'on puisse affirmer qu'à la suite de l'extraction du cristallin transparent il y ait toujours arrêt de la marche progressive de la myopie et des lésions choroïdiennes atrophiques qui l'accompagent. Malgré cela, ces dernières ne contre-indiquent pas l'opération.

*Circulation artérielle et veineuse du rein étudiées au moyen des rayons de Rœntgen et du stéréoscope* — C'est le Dr Poncet, de Lyon, qui a fait cette étude avec la collaboration des Drs Pestol et Bérard. Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

1° La circulation artérielle du rein est lobaire et terminale. Elle permet de distinguer un rein antérieur et un rein postérieur indépendants, sauf toutefois pour l'artère du lobe supérieur, qui se divise souvent en deux branches telles qu'en l'injectant, on injecte toute l'extrémité supérieure du rein.

2° L'artère interpyramidale se divise par dichotomie, fausse au niveau de la substance corticale, mais elle ne s'anastomose pas avec la collatérale, il n'existe pas de voûtes artérielles vraies.

3° Les artères émettent immédiatement une foule de capillaires se rendant aux glomérules, sans passer par des intermédiaires multiples. Dans les injections avortées, on voit les capillaires naître directement des artères comme les aiguilles d'une branche de pin.

4° Les artères de la pyramide viennent des glomérules.

5° Les veines s'anastomosent facilement, et l'on peut injecter le rein en totalité par un seul petit vaisseau.

Dr G. Nimier.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. LES ÉTATS VÉSANIQUES CONSECUTIFS AUX MALADIES INFECTIEUSES CHEZ L'ENFANT. — II. TRAITEMENT DE LA GASTRO-ENTÉRITE GRAVE DES ENFANTS PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL. — III. UN CAS DE MYXŒDÈME GUÉRI PAR L'EMPLOI DE LA THYROÏODINE. — IV. ACTION AGGLUTINANTE DU COLOSTRUM SUR LE BACILLE D'ÉBERTH. — V. FIÈVRE TYPHOÏDE COMPLIQUÉE DE PLEURÉSIE DROITE ; RÉACTION AGGLUTINATIVE DU SÉRUM SANGUIN ; PAS DE RÉACTION AVEC LE SÉRUM DE L'ÉPANCHEMENT. — VI. INSUFFISANCE AORTIQUE PAR RUPTURE VALVULAIRE CHEZ UN BICYCLISTE. — VII. OBSERVATION DE DIPHTÉRIE TRÈS BÉNIGNE AVEC ASSOCIATION MICROBIENNE. — VIII. PAROTIDITE SATURNINE. — IX. DE L'ACTION DISSOCIÉE DE LA DIGITALE DANS L'ASYSTOLIE. — X. ABOLITION DU RÉFLEXE DU TENDON D'ACHILLE DANS LA SCIATIQUE.

### I

(*Séance du 27 novembre.*) — A propos de la communication du Dr Comby à la séance précédente, M. le Dr SEGLAS présente quelques observations. Il fait remarquer que ces états sont assez connus et il cite l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, convalescent d'une fièvre typhoïde, qui avait suivi un cours régulier, sans aucune complication. La défervescence était déjà complète depuis plusieurs jours, lorsqu'il fut pris subitement de délire avec agitation, bavardage incohérent, terreurs, etc. Le lendemain, il était calme, mais avait l'air hébété, le regard égaré, l'attitude stupide ; il ne répondait pas aux questions, ne reconnaissait pas ses parents, ni les objets

environnants. Il était pâle, amaigri, n'avait pas de fièvre; le sommeil était irrégulier, entrecoupé de cauchemars hallucinatoires avec agitation.

Les troubles délirants se prolongèrent pendant trois semaines, avec cet aspect d'obnubilation intellectuelle, d'égarement, de stupidité, entrecoupé par intervalles, surtout le soir et la nuit, de paroxysmes d'agitation avec cris, paroles incohérentes, actes impulsifs, terreurs et hallucinations visuelles manifestes.

Au bout de ces trois semaines, une amélioration commença à se produire, et progressivement, au bout d'une quinzaine de jours, l'accès délirant put être considéré comme terminé.

La recherche des antécédents héréditaires était restée négative.

M. Seglas ajoute que ces accidents peuvent survenir aussi bien après une autre maladie infectieuse qu'après la fièvre typhoïde.

Ces troubles vésaniques paraissent le plus souvent passagers et rapidement curables; ils peuvent cependant devenir le point de départ d'accidents plus persistants ou de troubles intellectuels divers : perte de la mémoire; état d'idiotie; état vésanique chronique.

## II

M. Barbier a eu l'occasion pendant les vacances de suppléer M. Descroizilles dans le service de la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades et il publie les résultats que les injections d'eau salée stérilisée lui ont donné dans le traitement de la gastro-entérite grave.

A ce propos il revient sur l'action physiologique de ces

injections et étudie leur effet sur la température, le pouls et l'état général.

L'élévation de la température (2 à 8 dixièmes) est appréciable après chaque injection, surtout deux heures après ; cinq heures après l'injection, la température est revenue à son point de départ et tend même à redescendre. Cependant on observe souvent que la descente consécutive à l'injection ne va pas aussi bas qu'avant la première injection et que les minimums successifs sont de moins en moins marqués, de sorte qu'un enfant qui aurait présenté avant les injections de l'hypothermie arriverait après quelques injections à avoir une température normale.

Cette réaction se fait sentir d'autant moins que les enfants sont dans un collapsus plus profond et plus près de la mort.

Du côté du pouls, on observe une action analogue : accélération, puis ralentissement relatif.

L'état général paraît ordinairement se remonter sous l'action de ce traitement.

Pour l'auteur, ces injections ne sont pas curatives de l'entérite, mais elles favorisent l'élimination des substances toxiques et ont une action remontante.

Les injections étaient au nombre de 2 ou 3 par jour, à la dose de 5 à 10 centimètres cubes chaque fois.

M. L. Guinon fait remarquer que les doses de M. Barbier sont assez fortes, étant donné le poids des enfants auxquels elles ont été pratiquées ; elles correspondent à 2 ou 300 grammes pour un adulte.

M. Comby a employé souvent ces injections ; elles ont un bon effet immédiat, mais souvent n'empêchent pas l'enfant de mourir.

III

MM. Marie et Jolly rapportent l'observation d'une femme de 54 ans entrée à Bicêtre le 19 juin dernier pour un myxœdème remontant à onze ou douze ans.

A son entrée la face est large, la lèvre inférieure est pendante, les pommettes saillantes présentent une coloration rosée qui se détache vivement sur le fond jaune mat du reste du visage. Les paupières sont boursoufflées ; au-dessous des paupières inférieures, la peau infiltrée a formé comme de petites poches. Les téguments œdématiés offrent à la pression une dureté particulière.

Au repos, la tête reste fléchie ; elle a, dit la malade, une tendance à tomber toujours en avant ; elle lui semble lourde, et pour manger, elle est obligée souvent de la soutenir en prenant le menton dans sa main. Du reste, la position fléchie de la tête est en partie causée par une raideur très grande de la nuque, empêchant l'extension du cou, raideur due à l'épaississement des téguments.

Le crâne est presque absolument chauve : c'est à peine s'il reste encore quelques cheveux clairsemés. Cette chute des cheveux a débuté il y a deux ans. Les aisselles, le pubis, sont aussi absolument dégarnies de poils. Toutes les dents supérieures sont tombées depuis quinze ans.

La peau de tout le corps présente le même œdème dur qu'on trouve au niveau de la face. Aux membres inférieurs, il est plus dur aux cuisses qu'aux jambes.

Les pieds sont plutôt petits et ils sont peu infiltrés.

Les mollets sont peu tendus, mais il est difficile encore de plisser la peau à leur niveau ; aux cuisses, cela est tout à fait impossible. Quelques petites varicosités de la peau, mais pas de varices apparentes.

Le ventre est saillant, tombant, mais on ne plisse que difficilement la peau ; tout le pannicule adipeux présente un œdème dur. De même les seins tombent, mais la peau en est tendue. On constate le même état des téguments au niveau du dos et des membres supérieurs. Les mains, comme les pieds sont peu enflés.

La face antérieure du cou a une forme aplatie, *on ne trouve pas la saillie du corps thyroïde.*

L'état intellectuel de la malade est tout spécial. Elle répond comme avec ennui aux questions, avec une parole lente, monotone, plaignante, légèrement chantante et mal articulée. Comme sa parole, toute son attitude du reste exprime la fatigue. Elle est dans une sorte de torpeur, ne se déplace qu'avec peine, tous ses mouvements montrent sa lassitude. Son activité intellectuelle est minime ; cependant les réponses qu'elle fait sont raisonnables, elle comprend bien ; il est difficile seulement de détourner par une question son attention de l'idée qu'elle suit à un moment. Son mari nous dit combien son caractère est devenu triste, impressionnable ; elle pleure pour un rien, s'attriste avec la plus grande facilité, s'exagère les moindres contrariétés.

Elle pèse 185; on commence le traitement en lui donnant chaque jour 4 paquets d'iodothyrine (thyroïodine) correspondant chacun à 30 centigrammes de glande fraîche.

Le 4e jour du traitement (22 juin), on constate déjà de l'amélioration (diminution de l'œdème) et la malade est plus réveillée. 2 paquets seulement.

Le 23 juin, palpitations; suspension du traitement.

Le 25. On reprend 1/2 paquet chaque jour.

Le 27. Un paquet.

A partir du 30, 2 paquets.

Depuis le 25 juin, l'amélioration augmente progressivement ; la diminution de l'œdème est considérable. La malade sort en bon état le 17 août.

M. Marie fait remarquer que la thyroïdine ou iodothyrine, comme le fait a déjà été affirmé par d'autres auteurs, agit aussi bien que la glande fraîche, que c'est un produit défini, toujours le même, ayant donc tout avantage. Nous voudrions savoir sur quoi le Dr Marie se base pour dire qu'un paquet correspond à 30 centigrammes de glande fraîche, celle-ci ne donnant pas toujours une quantité fixe de thyroïodine.

IV

M. Beclère présente un travail du Dr Mossé, de Toulouse, qui montre que le colostrum d'une femme enceinte de six mois atteinte de fièvre typhoïde, a sur le bacille d'Eberth la même action agglutinative que le sérum sanguin et que le lait.

V

(*Séance du 4 décembre.*) — M. Ménétrier a observé un malade atteint de fièvre typhoïde avec épanchement pleural concomitant. Le sérum sanguin donna le 15e jour très nettement la réaction agglutinante. Une pleurésie droite avec épanchement survint dans le cours de la maladie. Le 35e jour de la maladie une ponction permit de retirer un litre de liquide, très légèrement rosé et riche en fibrine. Cinq centimètres cubes furent inoculés à un cobaye qui vit encore au bout de deux mois. D'autre part le même liquide, mélangé à une culture de bacille typhique, ne produisit pas la réaction agglutinative; cependant l'ense-

mencement sur agar de quelques gouttes de liquide pleural donna des cultures très nettes de bacille typhique.

M. Achard a dans trois cas trouvé la réaction agglutinative avec du liquide d'épanchement pleural.

A la séance suivante, MM. Widal et Sicard rapportent qu'à l'autopsie de trois typhiques la sérosité pleurale leur a donné une réaction agglutinative très marquée. Ils pensent que si celle-ci a manqué dans l'observation de M. Ménétrier, c'est que les conditions étaient très différentes ; la rapidité avec laquelle l'épanchement s'était produit pouvait avoir amené des modifications dans les propriétés de ce liquide, Il rapproche ce fait de ce qu'ils ont observé pour les larmes; ils ont montré « que si, dans l'angle interne de l'œil typhique, on puise une goutte de liquide au niveau du cul-de-sac lacrymal, on obtient presque toujours une réaction très marquée. Si, au même malade, on fait respirer des vapeurs d'ammoniaque ou de menthol, on provoque ainsi une sécrétion lacrymale abondante, mais qui le plus souvent a perdu tout pouvoir agglutinant. »

## VI

M. Launois rapporte l'observation d'un homme de 38 ans, faisant de la bicyclette depuis 1882. Il en faisait avec abus; en juillet 1893, trois fois le même mois, il part de Paris à 4 heures du matin, va déjeuner à Rouen et rentre à Paris le même jour, faisant ainsi de 25 à 30 kilomètres à l'heure pendant quatorze heures. La même année il va de Paris à Madrid (1.452 kilomètres) en 9 jours. En décembre de la même année, se promenant un soir il entend un bruit particulier du côté de son cœur, bruit accompagné d'aucune douleur, d'aucun malaise.

Depuis cinq à six mois X... a des épistaxis peu abondantes et répétées et il se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon.

L'examen direct permit tout d'abord d'observer à la base du cou un soulèvement marqué des vaisseaux carotidiens et des artères sous-clavières : le doigt appliqué à plat sur les artères perçoit nettement la sensation du thrill.

Le cœur, peu augmenté de volume, ne mesure que 12 centimètres dans son diamètre transversal ; la pointe ne descend pas au-dessous de son niveau habituel.

L'auscultation du cœur permet d'entendre, à la base, au deuxième temps, un souffle tout particulier naissant un peu au-dessus du niveau du troisième cartilage costal et se propageant tout le long du sternum. Le timbre de ce souffle diastolique présente un caractère spécial ; ce n'est ni un bruit de râpe, ni un bruit de scie, mais un souffle musical aigu rappelant un peu le cri de la sirène. Le souffle se propage tout le long de l'aorte, à tel point qu'on peut l'entendre en appuyant l'oreille dans le dos, sur la partie médiane de la région lombaire : il se propage encore le long des vaisseaux du cou ; son intensité est telle qu'il est perçu par le malade et par son entourage dans un endroit silencieux.

Comme il ne peut trouver aucune autre cause à cette insuffisance aortique et étant donné les caractères du souffle, M. Launois conclut que les efforts exagérés fait en bicyclette ont été le point de départ de la déchirure d'une des valves des valvules sigmoïdes.

## VII

M. Variot rapporte son observation personnelle suivante que nous croyons devoir publier *in extenso*.

Le samedi 28 novembre 1896, après quelques malaises, quelques sensations de courbature dans les membres, je fus pris, vers 7 heures du soir, de plusieurs frissons violents. Pendant une partie de la nuit, j'eus un accès fébrile assez vif avec une douleur de tête et une grande sécheresse de toute la muqueuse buccale; vers 3 heures du matin, je commençai de ressentir une douleur du côté de l'amygdale droite. Le dimanche matin, à 8 heures, j'avais la déglutition très pénible et je remarquais un gonflement des ganglions sous-maxillaires assez notable pour être gêné par mon col de chemise.

A droite, le ganglion sous-maxillaire avait le volume d'un œuf de pigeon au moins.

Comme le mouvement fébrile était tombé et que mes forces n'étaient pas atteintes, je jugeai inutile de recourir à aucune médication.

Je gardai le coin du feu toute la journée, je m'alimentai légèrement, je pris quelques verres de vin de champagne, et le lendemain lundi, je me rendis à l'hôpital, comme d'ordinaire. Je fis examiner ma gorge par l'un des internes du service, qui constata une rougeur vive de toute la muqueuse du pharynx, une tuméfaction assez considérable de l'amygdale droite et un exsudat grisâtre, très circonscrit. L'ensemencement de cet exsudat fut fait par M. le Dr Tollemer, le nouveau chef de laboratoire de l'hôpital Trousseau. Cet ensemencement sur sérum a donné des cultures de streptocoques, de bacilles courts et de bacilles moyens. Je conservai, pendant les journées du lundi et

du mardi, un peu de fatigue ; l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire persista, mais je pus m'alimenter et je ne fus pas obligé d'interrompre mes occupations. Aujourd'hui jeudi, au moment ou j'écris ces lignes, je me sens dans un état tout à fait normal, je conserve seulement un peu de gonflement d'un ganglion sous-maxillaire à droite, avec une sensibilité dans cette région, à la pression.

M. Variot conclut qu'au point de vue clinique les associations microbiennes reconnues par des cultures sur sérum n'ont aucune signification ; 2° qu'il faudrait trouver un procédé sûr et rapide pour reconnaître si les streptocoques et les staphylocoques sont ou non virulents.

Cette communication qui bat en brèche les idées reçues en bactériologie sur la diphtérie devait amener un grand nombre de contradictions.

M. Sevestre considère que la notion des associations microbiennes dans la diphtérie est très importante ; que, du reste, dans certains cas on peut, d'après les seuls symptômes cliniques, affirmer l'existence d'une diphtérie grave à association microbienne. Il recevait il y a deux jours dans son service « une petite fille atteinte d'une angine qui se caractérisait par un gonflement notable des amygdales, par une accumulation de fausses membranes molles et sanieuses, par une adénopathie très marquée avec participation du tissu conjonctif voisin (cou proconsulaire) ». M. Sevestre affirma qu'il s'agissait certainement d'une diphtérie associée à des streptocoques ; ce qui a été démontré par l'examen ultérieur.

M. Sevestre reconnaît, du reste, qu'il y a des cas de diphtérie associée qui restent bénins et l'observation de M. Variot en est un exemple.

M. Chantemesse reconnaît que le streptocoque et le sta-

phylocoque se trouvent normalement dans la bouche comme cela a été démontré par MM. Widal et Bezançon, que MM. Roux et Yersin, ayant fait l'examen méthodique de la bouche d'enfants bien portants, ont trouvé dans la moitié des cas des microbes ressemblant aux bacilles petits et moyens de Lœffler. Pourtant, lorsque la culture d'une angine sur tubes de sérum montre de nombreuses colonies de bacilles de Lœffler, longs et enchevêtrés, lorsque dans les heures qui suivent, il se forme un grand nombre de colonies de streptocoques, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'une diphtérie grave.

M. Variot réplique qu'il possède dans ses cahiers cliniques une centaine d'observations « d'enfants ayant eu de simples pharyngites ou des tonsillites lacunaires avec Lœffler, long, enchevêtré, et même avec association au streptocoque ou au staphylocoque. Il ajoute qu'il n'est pas possible de présumer, d'après l'aspect des cultures et d'après les examens bactériologiques, la gravité de la forme de diphtérie en évolution ».

Nous acceptons tout à fait cette conclusion et nous aussi nous avons toujours affirmé, dans l'*Art médical*, que l'examen bactériologique pouvait contrôler et aider la clinique, mais que les renseignements de la clinique devaient primer les recherches bactériologiques. Il est certain que l'aspect des fausses membranes, des ganglions, le gonflement du cou, la marche de la maladie nous indiqueront parfaitement si nous avons affaire à une simple angine herpétique, à une diphtérie bénigne, d'intensité moyenne ou grave ; que ces indications cliniques nous permettront parfaitement de reconnaître les cas dans lesquels nous devrons employer d'emblée le sérum de Roux, de ceux dans lesquels son emploi pourra être différé et même évité.

## VIII

M. Achard présente un malade atteint d'une double tuméfaction parotidienne, qu'on pourrait prendre, au premier aspect, pour des oreillons ; c'est un homme de 35 ans, qui depuis l'âge de 12 ans est peintre en bâtiments et qui a eu cinq ou six atteintes de coliques de plomb ; il a une paralysie des extenseurs du côté droit ; il a eu de l'albuminurie.

La tuméfaction parotidienne a débuté, il y a un an, du côté droit ; ce gonflement était indolore ; le côté gauche s'est pris au mois de mars dernier à la suite d'une colique de plomb et d'une angine. Ces parotidites sont sujettes à des poussées, à des alternatives ; tantôt la gauche, tantôt la droite sont plus tuméfiées ; ces gonflements passagers ont lieu quelquefois après les repas.

C'est un gonflement mollasse, rénittent, non fluctuant, donnant au doigt la sensation de grains nombreux roulant sous la peau. La pression éveille une certaine sensibilité, les mouvements aussi et la mastication est quelquefois douloureuse.

E. Thielemans (1) a réuni une trentaine d'observations.

Dans un cas qu'il a observé à Lariboisière, M. Achard a constaté que le gonflement des parotides très peu apparent chez un saturnin était devenu très considérable après l'absorption de l'iodure de potassium.

M. Chauffard a observé chez un jeune ouvrier vivant au milieu des poussières cupriques une hypertrophie symétrique non douloureuse des parotides, analogue à celle qu'on constate chez les saturnins.

(1) Contribution à l'étude des manifestations parotidiennes du saturnisme, thèse de Paris, mars 1895.

M. MERKLEN signale que l'hypertrophie persistante des parotides peut s'observer aussi à la suite des oreillons.

Nous ajouterons que d'autre métaux peuvent amener aussi la parotidite, que nos pathogénésies indiquent que l'*or* la produit; du reste, nous avons vu l'année dernière et cette année un batteur d'or qui travaille cette matière depuis son enfance et qui à une hypertrophie très marquée des glandes parotides.

## IX

M. MERKLEN fait une communication sur l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie. Voici les deux modes de dissociation qu'il a observés et dont il veut entretenir la Société.

Dans le premier cas, la *diurèse se produit sans ralentissement du pouls* ; pour le Dr Merklen cela ne se voit que dans « ces formes rares d'asystolie qui résultent de la compression des nerfs pneumogastriques dans le médiastin par des ganglions tuberculeux ».

La conséquence habituelle de cette compression est une accélération permanente du cœur aux environs de 160, pouvant persister des mois sans amener de troubles fonctionnels, mais se compliquant, dans des conditions non encore précisées, d'une asystolie également permanente. La digitale est sans action sur cette tachycardie tout à fait comparable à celle que détermine la section des nerfs vagues ou leur paralysie par l'atropine et, néanmoins, elle provoque la diurèse s'il y a simultanément stase veineuse et anasarque par asystolie. Cette diurèse est d'ailleurs de courte durée : elle peut atteindre 4 et 6 litres dans les vingt-quatre heures, mais elle dure un jour, au plus deux jours, et n'est que rarement suffisante pour

diminuer d'une manière notable les œdèmes et les stases viscérales. Elle est parfois annoncée par une légère réduction du nombre des pulsations cardiaques qui tombent de 160 à 140 ou 120, pour revenir dès le lendemain à leur maximum ; mais cette réduction est loin d'être constante et M. Merklen a vu la tachycardie persister à 140 et plus avec une diurèse de plus de 4 litres. Il a observé deux fois ce singulier phénomène de dissociation et cela lui a permis, la seconde fois, de faire le diagnostic d'asystolie par compression des pneumogastriques, ce qui a été confirmé par l'autopsie.

L'autre mode de dissociation est le *ralentissement du pouls sans diurèse* ; on l'observe chez des asystoliques ayant un muscle cardiaque en mauvais état qui ne réagit pas sous l'influence de la digitale; celle-ci produit le ralentissement du cœur, mais la dilatation cardiaque augmente ainsi que la stase veineuse, le malade est pris de cyanose, d'oppression et la digitale dans ce cas rend l'état du malade plus grave.

## X

(*Séance du* 18 *décembre*). — M. Babinski présente deux malades atteints de sciatique et chez lesquels le réflexe du tendon d'Achille est aboli ou au moins considérablement diminué du côté où siège la névralgie.

Dr Marc Jousset.

# REVUE DES JOURNAUX

## DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES, DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, DE L'ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE, DES ANÉVRYSMES, DE L'ECTOPIE DU CŒUR PAR LES RAYONS DE RÖNTGEN.

M. Bouchard a montré, dans ses communications à l'Académie des sciences, que l'épanchement pleurétique arrête en partie lesrayons de Röntgen et marque par une teinte sombre, à l'examen radioscopique, le côté malade qui contraste ainsi avec la clarté brillante du côté sain.

En renouvelant l'étude des cas de pleurésie qui avaient fait l'objet de cette précédente communication, il a vu la teinte claire du sommet du thorax augmenter d'étendue en même temps que l'épanchement se résorbait. Chez l'un des malades, cependant, l'opacité persistait au sommet, tandis qu'une plaque claire apparaissait vers le milieu du côté où manifestement l'épanchement diminuait. Enfin, la résorption de cet épanchement étant presque complète, le sommet restait toujours obscur. Ce fait, qui ne s'était pas observé dans les deux autres cas, lui donna à penser qu'il y avait condensation du tissu pulmonaire au sommet du poumon du côté malade. La percussion et l'auscultation confirmèrent cette prévision et révélèrent l'existence d'une infiltration commençante que l'épanchement avait d'abord masquée. Cette tuberculose pulmonaire avait été révélée par l'examen radioscopique.

Chez tous les tuberculeux qu'il a examinés à l'aide de l'écran fluorescent, il a constaté l'ombre des lésions pulmonaires ; son siège était en rapport avec les délimita-

tions fournies par les autres méthodes de l'exploration physique ; son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires apparaissant sur le fond sombre, ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais dans d'autres cas, où l'auscultation faisait reconnaître l'existence d'excavations, celles-ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique. Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles, et les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable, et, quelques jours après, l'auscultation comme l'examen bactériologique ne laissaient pas le moindre doute.

Dans les maladies du thorax, la radioscopie donne des renseignements de tous points comparables à ceux de la percussion. L'aire pulmonaire qui se laisse traverser par les rayons de Röntgen sert de caisse de renforcement aux bruits de la percussion. Quand l'air est chassé du poumon plus ou moins complètement par un liquide épanché ou par un tissu morbide infiltré, la clarté radioscopique du thorax diminue ou fait place à une obscurité plus ou moins complète et, en même temps, la sonorité normale s'atténue et peut être remplacée par la submatité ou par la matité absolue. (*Semaine médicale*, 23 décembre.)

Dans une nouvelle communication, M. Bouchard confirme ce qu'il a déjà avancé.

Il a pu, grâce aux rayons Röntgen, reconnaître par la présence à l'une des bases d'une zone obscure une pleurésie sèche, que des frottements viennent confirmer.

Un malade lui est présenté sans renseignements, sans

qu'il puisse le voir dans l'obscurité de la chambre noire. Un côté du thorax est brillant ; l'autre côté, le gauche, est ombré dans toute la hauteur. Il conclut qu'il s'agit soit d'un épanchement pleurétique, soit d'une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche. La remarque que le médiastin n'est pas dévié à droite lui fait repousser l'idée de pleurésie. Les autres modes d'exploration confirmentle diagnostic d'infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche.

Il a montré également, avec une netteté parfaite, la tumeur que formait à droite de la colonne, chez une petite fille, la masse d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Un malade qui venait d'être admis à l'hôpital et qui n'avait encore été soumis qu'à un examen sommaire, est amené parce qu'il présente des battements à droite du sternum et parce que, au cas où il s'agirait d'un anévrysme de l'aorte, on est curieux de savoir ce que donnerait la radioscopie. Il constate dans la portion droite du thorax, en continuité avec l'ombre du sternum, une zone sombre anormale. Mais en même temps il reconnaît l'absence, à gauche, de l'ombre du cœur. Il conclut non à un anévrysme de l'aorte, mais à une ectopie du cœur qui, ne se trouvant pas à gauche, doit battre à droite. La palpation, la percussion, l'auscultation confirment ce diagnostic séance tenante.

Sur un autre malade chez lequel, par les procédés accoutumés, il avait diagnostiqué un anévrysme de la crosse de l'aorte, l'écran phosphorescent a montré la tumeur avec son siège, sa forme, son volume. (*Semaine médicale*, 30 décembre.)

---

### TRAITEMENT THYROÏDIEN DE LA LÈPRE

Un médecin militaire anglais, M. le Dr C. B. Maitland, a eu l'occasion de soumettre à la médication thyroïdienne deux Hindous atteints de lèpre. Les malades ingérèrent quotidiennement un corps thyroïde entier de mouton, et cela pendant plusieurs mois. La glande était mangée crue, préalablement hachée et mélangée avec du sucre. Dans les deux cas, ce traitement a exercé sur les manifestations lépreuses une action favorable des plus évidentes qui s'est traduite par la cicatrisation des diverses plaies, par l'affaissement et la disparition des tubercules cutanés, ainsi que l'amélioration de la voix et de l'état général. A aucun moment, les patients n'ont présenté de symptômes de thyroïdisme. (*Semaine médicale*, 11 novembre.)

---

### DE L'HÉPATOTHÉRAPIE DANS LA CIRRHOSE ATROPHIQUE

M. Widal, depuis deux ans, observe cinq cirrhotiques qu'il a traités, les trois premiers par l'ingestion quotidienne de 100 grammes de foie de porc pulpé, et les deux autres par des injections sous-cutanées d'extrait de pulpe hépatique.

Chez ces cinq malades les résultats ont été identiques : à la suite de l'augmentation de la diurèse, les œdèmes ont diminué ainsi que l'ascite et l'état général a été notablement amélioré. (*Semaine médicale*, 2 décembre.)

---

### EFFETS DE LA SECTION DU SYMPATHIQUE CERVICAL DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Le Dr Jaboulay, de Lyon, ayant sectionné le sympathique cervial à deux épileptiques pour modifier leur

circulation cérébrale, a remarqué une rétraction du globe oculaire du côté opéré, cela l'a amené à essayer la section des deux sympathiques cervicaux chez une jeune fille atteinte de goître exophthalmique.

M. Jaboulay débuta par le côté gauche; il fit une incision cutanée de 6 centimètres de longueur, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse mastoïde et côtoyant le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Ce muscle fut soulevé, puis décollé au moyen de la sonde cannelée, et on aperçut alors la veine jugulaire interne, la carotide et le pneumogastrique, qui furent réclinés en avant. Après avoir déchiré les feuillets superficiels de l'aponévrose cervicale profonde, on découvrit le nerf sympathique, on le saisit entre deux fils, on isola le ganglion cervical moyen en sectionnant quatre ou cinq de ses branches efférentes, puis on coupa le tronc nerveux *au-dessous* de ce ganglion.

La technique fut la même à droite, avec cette différence que de ce côté le nerf fut sectionné *au-dessus* du ganglion.

Les plaies opératoires furent suturées et pansées sans drainage.

L'exophtalmie disparut complètement le soir du même jour. Les palpitations et le tremblement ne tardèrent pas à cesser à leur tour. Le pouls, qui auparavant battait 150 fois par minute, n'accusait plus que 100 pulsations le septième jour après l'intervention. La circonférence du goitre, à sa partie la plus saillante, avait diminué de 3 centimètres.

La malade présenta après l'opération un peu de congestion des conjonctives oculaires et de l'oreille droite. Cette dernière était momentanément insensible par suite

de la section, au cours de l'intervention opératoire, de la branche auriculaire du plexus cervical. A aucun moment il n'y eut de troubles visuels.

M. Jaboulay conclut de cette observation que la section bilatérale du sympathique cervical exerce une action favorable sur la triade symptomatique de la maladie de Graves, notamment sur l'exophtalmie, et qu'elle peut être pratiquée chez les basedowiens concurremment avec les autres interventions, lorsque celles-ci n'amendent pas d'une façon suffisante le symptôme si pénible de la protrusion des globes oculaires. (*Semaine médicale*, 5 août.)

---

### INTOXICATION PAR LE CHLORURE DE ZINC

M. Karewski rapporte à la Société de médecine berlinoise l'observation d'une femme de 35 ans qui avait absorbé une certaine quantité d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0.

Les accidents de collapsus furent combattus avec succès par des injections d'huile camphrée, mais bientôt des vomissements incessants se manifestèrent, de sorte que l'alimentation dut se faire presque exclusivement par la voie rectale. Une néphrite se déclara, et peu après un épanchement pleurétique vint encore aggraver l'état de la malade. Les vomissements devenant de plus en plus fréquents, je pratiquai, le 12 octobre, une jéjunostomie, de façon à permettre l'alimentation par l'intestin. Malgré cette intervention, la malade succomba sept jours après.

L'autopsie me donna peu de détails sur les reins et la plèvre, elle indiqua seulement le rétrécissement de l'estomac. (*Semaine médicale*, 6 novembre.)

---

### DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ ROSACÉE

M. le docteur O. Betz (de Heilbronn) a trouvé que des onctions pratiquées avec de l'essence de térébenthine pure constitueraient un excellent moyen pour la cure de l'acné couperosique. C'est par hasard que notre confrère a pu se rendre compte de ce fait chez une femme qu'il avait traitée sans succès pour la couperose et à laquelle il avait conseillé un jour de faire des frictions térébenthinées sur la poitrine pour combattre une bronchite dont elle était atteinte. Lorsque, quelques mois plus tard, M. Betz revit la malade, il constata à sa grande surprise qu'elle ne présentait plus trace de lésions acnéiques et apprit que ce résultat était dû à des onctions térébenthinées que la patiente avait eu l'idée de pratiquer sur ses placards de couperose.

M. Betz s'empressa alors d'instituer ce même traitement chez un homme atteint depuis sept ans d'acné rosacée qui jusque-là avait résisté à tous les moyens thérapeutiques. Dans ce cas, l'éruption disparut en moins d'un mois sous l'influence des onctions térébenthinées. (*Semaine médicale*, 9 décembre.)

---

*Le Directeur-Gérant* : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

# L'ART MÉDICAL

## FEVRIER 1897

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

### REVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

### LA BRYONE

(*Suite.*)

Nous étudierons dans cet article l'action de la Bryone sur les jointures, sur les muscles et sur les rameaux nerveux pour arriver à préciser les indications de ce médicament dans le *rhumatisme*, la *goutte* et les *névralgies*.

Ici comme pour presque tous les symptômes subjectifs, nous ne pouvons retirer aucun renseignement des expériences faites sur les animaux.

L'expérimentation de la Bryone chez l'homme fournit un très grand nombre de symptômes douloureux. Malheureusement ces symptômes comme tous les symptômes subjectifs ne présentent pas toujours des caractères qui permettent de les utiliser sûrement dans le traitement des maladies.

Voici ce que nous trouvons dans la matière médicale de Hahnemann :

Articulations : La *douleur lancinante* et *les élancements* est de beaucoup le symptôme le plus fréquent puisqu'il est noté dans quatorze paragraphes de 491 à 597. (Hahnemann.)

Dans certains cas, ces élancements présentent le caractère de secousses et de douleurs fulgurantes, souvent on a noté un gonflement chaud dans l'articulation douloureuse et une fois on a signalé que ce gonflement était chaud et pâle.

Le symptôme qui accompagne le plus souvent les douleurs articulaires sont la faiblesse et la lassitude (Hahnemann et Allen); Hahnemann note aussi la raideur et tout particulièrement les crampes.

Ces douleurs siègent dans les grandes et les petites jointures.

Les circonstances qui aggravent ou qui améliorent les douleurs sont très précises dans ce médicament. Le toucher mais surtout le mouvement aggravent constamment ces douleurs. Notons, pour être exact, que Allen cite un grand nombre d'expériences dans lesquelles la douleur se calmait par le mouvement et imposait aux malades un changement continuel de position. Une pression large, comme celle qui est produite quand on se couche sur le côté douloureux, soulage le malade.

Ce que nous venons de dire sur les circonstances qui aggravent ou soulagent la douleur s'applique non seulement aux arthrites mais encore aux myalgies et aux névralgies.

Hering reproduit à peu près ce que nous avons vu dans Hahnemann. Nous retiendrons cependant une phrase plus explicite : « rhumatisme avec rougeur et gonflement des jointures ».

La matière médicale de Hahnemann et celle d'Allen contiennent encore des symptômes très évidents de lumbago et de torticolis.

Pour le lumbago, nous citerons le paragraphe suivant :

« Il ne peut se ployer ni se baisser à cause de douleurs dans le dos et les lombes, tiraillement plus sensible en se tenant assis mais qu'il ne ressent pas lorsqu'il est couché (§ 479). » Nous retrouvons là les symptômes habituels du lumbago et aussi l'aggravation par le moindre mouvement.

Pour être complet, nous devons ajouter qu'au paragraphe précédent Hahnemann parle d'une douleur lombaire très forte quand le malade est couché et qui diminue par la marche.

Les symptômes propres au torticolis se trouvent surtout exposés du paragraphe 464 au paragraphe 467. Les douleurs siègent dans la nuque, sont habituellement plus fortes d'un côté et, comme les douleurs de la Bryone, augmentent par le moindre mouvement et s'accompagnent d'un sentiment de faiblesse dans les muscles du cou. On a continué de ranger parmi les affections musculaires le lumbago et le torticolis ; les travaux récents, parmi lesquels nous aimons à citer la thèse du Dr Humeau, ont réfuté cette erreur et démontré que le torticolis siégeait dans les articulations des vertèbres.

La pathogénésie de la Bryone qui se rapporte aux névralgies signale des douleurs lancinantes et fulgurantes siégeant sur les trajets nerveux ; les *points de côté signalés* dans notre premier article appartiennent encore à la pathogénésie de la Bryone. Ces douleurs comme les précédentes s'aggravent par le mouvement de la partie malade et par le toucher et diminuent par une large pression.

Maintenant examinons dans quel cas de rhumatisme et de névralgie la Bryone est indiquée.

*Indication de la Bryone dans le rhumatisme articulaire aigu.* — La Bryone est indiquée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu quand le mouvement fébrile est continu, ce qui est rare dans cette affection. Le sulfate de quinine est indiqué de préférence quand le mouvement fébrile est rémittent.

Les signes locaux qui indiquent la Bryone sont : arthrite des grandes et des petites articulations avec gonflement très douloureux et rougeur de la peau (Hering et Jahr). Hahnemann a noté comme un des symptômes de l'arthrite produite par la Bryone un *gonflement pâle*. Ce signe est fort rare, et nous avons prescrit la Bryone dans le rhumatisme articulaire aigu avec succès même dans les cas où la peau qui recouvre les articulations malades présentait une coloration rosée.

La douleur des arthrites rhumatismales est toujours augmentée par le mouvement et l'attouchement, ce qui confirme l'indication de la Bryone dans le traitement de ces arthrites.

*Doses.* — Nous avons obtenu un très beau succès à l'hôpital Saint-Jacques avec la 6e dilution de Bryone. Mais si ce médicament était bien indiqué et que la 6e dilution ne produisit pas une amélioration rapide, il ne faudrait pas hésiter à donner la teinture-mère.

*Des indications de la Bryone dans le traitement des névralgies.* — La Bryone n'est guère indiquée que dans le traitement de la sciatique, de la névralgie intercostale et dans la névralgie cervico-brachiale.

Ce médicament réussit plutôt dans les *névrites* que dans les névralgies. Ainsi le signe spécial qui fera choisir la Bryone dans la sciatique c'est l'amaigrissement du mem-

bre malade. Or cet amaigrissement ne survient que dans les cas où il y a névrite du sciatique. Nous avons eu l'occasion de soigner un vieil arthritique atteint d'une sciatique rebelle depuis plusieurs années, la sciatique siégeait du côté gauche et elle avait déterminé une atrophie marquée du membre inférieur; la marche était presque impossible. La guérison fut obtenue en quelques semaines avec Bryone 3e trituration.

Tous les médecins homœopathes savent par expérience que la Bryone est le médicament le plus sûr pour guérir le point de côté qui accompagne les affections aiguës du poumon ou de la plèvre. Or les travaux modernes ont démontré que ces points de côté devaient être attribués non à une névralgie pure mais à une véritable inflammation du nerf intercostal.

L'aggravation des douleurs par le toucher et par le mouvement, sa diminution par une pression sur une large surface sont des signes qui serviront encore à fixer l'indication de la Bryone.

Dans le point de côté, la douleur est exaspérée par les mouvements de la partie malade, c'est-à-dire par l'inspiration et par l'expiration.

Elle est calmée lorsque le malade se couche sur le côté douloureux et par conséquent exerce une large pression sur le nerf atteint. Ce dernier caractère sert à différencier les indications de la Bryone de celle de la noix vomique. Ce dernier médicament, en effet, est indiqué quand le malade ne peut se coucher sur le côté douloureux et qu'il est soulagé, au contraire, en se couchant sur le côté sain.

Nous aurions voulu donner ici les signes caractéristiques capables de faire distinguer les indications de la Bryone de celle du *ranunculus bulbosus* dans le traitement

du point de côté, mais nous n'avons rien trouvé de précis excepté peut être que la névralgie qui demande le ranunculus s'accompagne d'une douleur absolument superficielle et siégeant dans les téguments. D'après le Dr Dyce Brown, la douleur du ranunculus est beaucoup plus étendue que celle de la Bryone et siège manifestement dans les muscles.

Nous avons dit que dans la sciatique l'amaigrissement du membre malade était un signe d'une grande valeur pour le choix de la Bryone. Il faut ajouter à ce signe l'aggravation des douleurs par le mouvement et surtout par la marche, et l'amélioration considérable dans le lit quand le malade est au repos et couché sur le côté malade. Toutes ces conditions sont nécessaires car le moindre mouvement même au lit donne lieu à des élancements et à des douleurs plus ou moins fortes. Rappelons encore que comme la noix vomique la Bryone convient aux élancements brusques d'une extrême violence et aux douleurs fulgurantes.

Il est de science courante en homœopathie que le *rhus* convient surtout dans les circonstances opposées : aggravation au lit et dans le repos, amélioration par le mouvement, sentiment de froid et d'engourdissement dans le membre malade.

Nous allons maintenant étudier les indications de la Bryone dans les affections de l'estomac et de l'intestin.

*Et d'abord de la Bryone dans la dyspepsie.* — Les symptômes que nous trouvons dans la pathogénésie de ce médicament sont assez nombreux.

Les douleurs rapportées par Hahnemann et par Allen sont extrêmement nombreuses et diverses. Mais cependant

si on analyse avec soin ce symptôme on trouve que les douleurs produites par la bryone ont deux caractéristiques: la sensation de distension douloureuse et la sensation de pression que plusieurs expérimentateurs caractérisent en disant que l'estomac semble *écrasé par une pierre.*

Dans d'autres expériences on signale encore des douleurs sécantes, des douleurs brûlantes, des douleurs piquantes, mais les deux sensations que nous avons signalées, sensations de gonflement et de pression violente. dominent le tableau pathogénétique de la Bryone.

Il est à remarquer que les douleurs causées par la Bryone s'aggravent par le moindre toucher, par la pression des vêtements, par la marche et surtout les mouvements brusques du corps ; la toux et l'inspiration augmentent les douleurs de l'estomac comme elles augmentent les points de côté. Les douleurs sont améliorées principalement par le repos au lit, les jambes repliées. Les applications chaudes soulagent aussi le malade.

Un point fort important à noter, c'est que les douleurs de l'estomac se propagent quelquefois à l'intestin et sont comme la première étape d'une diarrhée que nous décrirons plus loin.

Il faut néanmoins tenir compte que le symptôme de constipation a été aussi noté par les auteurs et qu'il ne faudrait pas que son existence empêchât de prescrire la Bryone dans un cas de dyspepsie.

Hahnemann, dans son histoire de la Bryone, signale les nausées et les vomissements d'eau surtout le matin, les vomissements d'aliments et de bile ou de bile toute seule quelquefois immédiatement après le repas.

Nous trouvons dans le même auteur deux paragraphes (276 — 278) qui décrivent d'une manière très précise la

régurgitation sans effort des aliments contenus dans l'estomac. C'est une vraie *rumination*.

On voit par ce qui précède quels sont les cas de dyspepsie dans lesquels la Bryone est indiquée. La clinique nous a appris que ce médicament convient surtout dans les dyspepsies douloureuses avec sensation de distension et de poids, et non pas dans la dyspepsie caractérisée par la lenteur de la digestion et le sentiment de plénitude. La noix vomique et le graphite sont principalement indiqués dans cette dernière variété.

N'oublions pas que l'amélioration par le repos, et surtout par le repos au lit, constitue une indication très sûre de la Bryone.

Les dyspepsies avec *rumination* ne sont pas extrêmement rares. Il faut se rappeler que la Bryone correspond à cette souffrance et pour confirmer les bons effets de la Bryone dans ce cas, je puis citer le fait d'un malade dyspepsique depuis longtemps et chez lequel la *rumination* était le symptôme dominant.

Cet homme âgé de 42 ans, arthritique et hémorrhoïdaire, était malade depuis huit années. La noix vomique (12[e]) et le graphite (12[e]) donnés le premier une heure avant les repas, le second une heure après, produisirent une amélioration incomplète. La Bryone 6[e] dilution, donnée deux fois par jour, une demi-heure avant les deux principaux repas, amena la disparition complète de la rumination au bout de quinze jours.

Ce symptôme de rumination s'étant représenté, la Bryone (12[e]) produisit encore une amélioration notable. Un mois après, la rumination reparut mais moins fort qu'au début. Elle s'accompagnait de symptômes de dilatation de l'estomac. Je prescrivis Bryone, teinture-mère,

deux gouttes; la dyspepsie disparut et ne s'est pas montrée depuis deux ans et demi.

La Bryone est un médicament qui produit des selles liquides, séreuses, abondantes. Son action, sous ce rapport, a été comparée à celle du jalap; et les expériences que nous avons entreprises l'année dernière au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques ont confirmé tout à fait cette propriété de la Bryone : diarrhée pâle, très abondante et très liquide. Les symptômes observés chez l'homme nous permettent d'ajouter que ces selles sont précédées et accompagnées de coliques violentes avec gargouillement et développement gazeux considérable. Signalons encore une cuisson très prononcée à l'anus.

Malgré ces symptômes très caractéristiques et constants dans leur apparition, la Bryone n'est pas souvent employée dans le traitement de la diarrhée. Je l'ai prescrite, quoique très rarement, avec succès dans l'entérite grave.

Comme ce sont seulement les doses fortes qui produisent la diarrhée, ce sont aussi les mêmes doses qui sont homœopathiques dans ce cas. On devrait prescrire de X à XX gouttes de teinture dans une potion de 120 grammes à prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Comme tous les médicaments, la Bryone, à petite dose ou à fortes doses, produit des effets alternants opposés. Hahnemann et Allen disent expressément que la Bryone détermine une constipation avec selles dures et douleurs dans le rectum après les selles.

Je sais que la Bryone à dose infinitésimale a été conseillée contre la constipation, mais je ne connais pas les indications particulières à ce médicament.

Il nous reste peu de chose à ajouter pour terminer l'histoire thérapeutique de la Bryone. Rappelons que ce

médicament a été conseillé dans la colique hépatique et dans l'hépatite aiguë. Je ferai remarquer que l'emploi de la Bryone dans l'hépatite et dans les phlegmons est analogue à son emploi dans la pneumonie. Dans tous ces cas il s'agit de phlegmasies violentes avec un mouvement fébrile continu. Or nous avons vu que chez les animaux la production d'un mouvement fébrile intense était un phénomène constant. J'ajoute que chez le chien les injections de Bryone ont souvent déterminé des abcès, abcès dont le pus était absolument aseptique.

La clinique a confirmé les bons effets de la Bryone dans les phlegmons, quels que soient leurs sièges.

Les auteurs anciens s'accordent pour reconnaître à la Bryone une action *diurétique* puissante et qu'ils regardent comme aussi constante que l'action purgative.

La matière médicale de Hahnemann et celle de Hering contiennent comme pour toutes les évacuations des symptômes absolument opposés. La Bryone produirait tantôt des urines foncées et rares, tantôt des urines pâles et excessivement abondantes. Ce que je n'ai pas trouvé dans ces auteurs, c'est la dose qui produit la grande ou la petite quantité d'urines.

Malheureusement dans les expériences que nous avons faites au laboratoire nous n'avons pas recueilli les urines des animaux soumis à l'usage de la Bryone. Mais la clinique vient de nous donner la preuve des propriétés diurétiques de la Bryone chez les malades. Voici en résumé cette très intéressante observation :

Mme X..., âgée de 48 ans, est à l'hôpital depuis le 25 mai 1894 où elle occupe le n° 12 dans la grande salle. Cette femme a été prise d'une affection cardiaque à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu ; cette affection

remonte à plusieurs années. Quand la malade est entrée dans le service, elle était atteinte d'une insuffisance mitrale avec cirrhose atrophique et ascite considérable.

Cette malade a été rebelle à tous les diurétiques : digitale, scille, calomel, apocynum, quillaya saponaria, etc., et toutes les six semaines environ on était obligé de lui faire la ponction et de lui retirer ainsi de 10 à 15 litres de liquide.

Au mois de septembre 1894, M. Jousset fils administra à cette malade l'urée à doses quotidiennes de 15 à 20 grammes. Sous l'influence de ce médicament les urines augmentèrent notablement et se maintinrent entre 500 et 890 grammes ; quoique cette quantité fût encore insuffisante, l'ascite fut enrayée et il ne fut pas pratiqué de ponction depuis la fin de juillet 1896.

Au mois de décembre, la malade se plaignit de malaise qu'elle attribuait, peut-être avec raison, à l'usage habituel de l'urée et comme en même temps l'urine était tombée à 250 grammes par jour, je lui prescrivis, à partir du 20 décembre, Bryone, teinture-mère, d'abord trois gouttes, puis XV et XX gouttes. Sous l'influence de ce médicament la diurèse prit une activité inaccoutumée jusqu'alors chez cette femme. A certains jours les urines atteignent 1.500 grammes ; leurs quantités habituelles étaient de 1.000 à 1.200 grammes, et, très exceptionnellement, 600 grammes.

Dès le premier janvier, l'ascite avait disparu et depuis lors la diurèse se maintient et la malade constate une grande amélioration dans son état ; et en résumé il n'a pas été pratiqué de ponction depuis six mois et l'ascite a disparu.

*Conclusions.* — La Bryone est un médicament sérieusement étudié et, en éliminant les erreurs et les faits incomplètement observés, il reste encore des symptômes extrêmement nombreux et possédant une valeur expérimentale absolue.

La clinique nous a permis d'établir qu'employée, d'après la loi de similitude, la Bryone était un médicament aussi puissant que sûr dans son action.

Au premier rang des maladies traitées avec succès par la Bryone nous placerons la broncho-pneumonie, la pneumonie et la pleurésie, puis, mais avec une certitude beaucoup moindre, les phlegmons du sein, ceux du foie, ceux du tissu conjonctif.

La Bryone ne convient dans le rhumatisme et dans les névralgies que dans des cas peu fréquents mais dont nous avons eu le soin de déterminer exactement les indications. Quant à son action diurétique, c'est pour nous un phénomène nouveau et nous nous proposons de l'étudier expérimentalement dans ses rapports avec la contraction cardiaque et la pression sanguine.

Dr P. Jousset.

---

## PATHOGÉNÉSIE DE L'IODOFORME

(*Suite*)

### IV. *Etude des symptômes par appareil.*

Symptômes de la vie de relation. — *Moral.* — On signale surtout l'agitation, le *délire* qui revêt plusieurs formes : 1° le *délire maniaque*, avec agitation extrême, cris, difficulté de maintenir le malade dans son lit, loquacité extrême ; ce délire paraît surtout nocturne ; il s'accompa-

gne d'hallucinations de la vue et de l'ouïe; le malade refuse la nourriture et est très difficile à nourrir; il ne reconnaît pas les personnes qui l'approche; on a même noté dans un cas la violence du malade, qui a les traits très altérés et un regard sauvage (obs XVI). Ajoutons que cette période de délire et d'agitation ordinairement nocturne est souvent suivie d'une période de dépression et même de coma; 2° le *délire des grandeurs* est noté dans plusieurs observations : le malade s'habille de costumes étranges, il se croit d'une taille prodigieuse; le plus grand ténor du monde et veut louer une salle de concert pour se faire entendre (obs. XVII).

On a noté aussi dans plusieurs observations des symptômes de *dépression* avec mélancolie et apathie, perte de la mémoire, perte de connaissance empêchant de nourrir le malade et obligeant à le sonder; un aspect d'hébétude.

La *crainte* de la mort, des rêves de mort et de danger imminent.

*Sommeil.* — L'*insomnie* et la *somnolence*, poussée jusqu'au *coma* dans quelques cas, ont été notées.

L'*insomnie* s'accompagne quelquefois de rêves, de cauchemars, d'agitation; elle peut exister pendant la plus grande partie de la nuit et être remplacée le matin par un sommeil lourd dont on est difficilement arraché (obs. III); elle s'accompagne aussi d'une grande loquacité, quelquefois avec délire et hallucinations.

Dans d'autres cas, l'*insomnie* s'accompagne de douleurs de tête très violentes, arrachant des cris au malade, cris comparés à ceux de la méningite tuberculeuse (obs. XIX et XX).

La *somnolence* diurne alterne ordinairement avec l'insomnie nocturne; ce n'est souvent qu'un sommeil profond

dont le malade peut difficilement être tiré ; c'est autrefois un *coma* complet, avec perte de connaissance, résolution des membres, qui retombent dans le relâchement dès qu'on les soulève ; au moment des repas on peut à grand' peine faire manger quelques aliments que le malade avale machinalement.

Les *rêves* sont anxieux, de sujets tristes ou effrayants.

*Motilité.* — Quelques symptômes pouvant se rapporter à la *paralysie générale* et au *tabes* : mouvements spasmodiques de tout le corps, secousses des muscles de la face ; en fermant les yeux, impossibilité de se tenir droit, oscillation et marche très difficile (obs. IV) ; grande faiblesse des jambes avec paralysies des sphincters ; raideurs des membres.

SYNDROMES. — *Mouvement fébrile.* — La fièvre avec accélération du pouls, qui est petit et dépressible, avec augmentation considérable de la température (40° et 41°).

[Sueurs faciles au moindre mouvement ; sueurs à la tête] (1).

*Amaigrissement* rapide et considérable ; *collapsus*, sensation de dépression et d'affaissement.

SYMPTÔMES CEPHALIQUES. — *Vertige* avec sensation d'ivresse, pesanteur de la tête, impossibilité au travail, avec lassitude, avec lourdeur des jambes et diplopie.

*Céphalalgie*, surtout le matin, en se réveillant, avec difficulté pour quitter son lit ; douleur au front augmen-

---

(1) Nous mettrons entre les signes [ ] des symptômes empruntés au Dr Allen (*Handbook of Materia Medica*) et qui ne se trouvent pas dans ces observations que nous avons reproduites.

tant en se penchant en avant ; douleur au vertex ; douleur occipitale.

Douleur de tête violente avec bourdonnements d'oreille.

Douleur de tête nocturnes avec cris méningitiques et agitation.

[Céphalalgie augmentant en descendant les escaliers et s'accompagnant de coups douloureux dans les oreilles.]

SYMPTÔMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.* — Douleurs dans les yeux au réveil, les objets paraissent parsemés de points rouges. L'œil droit est douloureux et comme meurtri au réveil.

La dilatation des pupilles est notée dans une observation. Contraction inégale des pupilles qui réagissent peu sous l'influence de la lumière (obs. XIX et XX).

La *vision* est diminuée ; il voit les personnes et les choses comme à travers un voile (obs. IV) ; taches rouges sur les objets.

*Diplopie.*

*Oreilles et ouïe.* — Bourdonnement d'oreilles. [Coups dans l'oreille droite ; avec sensation de plénitude. Sensation de sécheresse dans les oreilles. Douleur névralgique dans l'oreille gauche. Légère surdité.]

*Nez et odorat.* — [Sécheresse ; il se plaint de ne pouvoir rejeter aucune mucosité ; sensation de gonflement de la muqueuse, avec éternuements constants. Sensation constante d'odeur de vapeurs d'iode. Odeur comme de feuilles pourries dans un marécage.]

SYMPTÔMES DE LA PEAU. — L'iodoforme, surtout par son action en pansement au niveau des plaies, produit un grand nombre d'éruptions diverses :

*Erythèmes* diffus, d'un rouge brillant à la face antérieure de la partie supérieure du bras et à la face interne des cuisses (obs. IX). *Erythème* généralisé, sous forme de taches ou de placards, de couleur *scarlatiniforme* avec prurit intense, fièvre, suivi de desquamation furfuracée (obs. XXV).

Eruptions *scarlatiformes* généralisées suivies de desquamation (obs. XXIII et XXXII).

*Rash* punctiforme (obs. XV).

Eruption *rubéolique* s'étendant à l'épaule, à la face, au cou et au devant de la poitrine; elle se présente sous l'aspect de plaques rosées, couvertes de papules; plaques irrégulières, arrondies (obs. XI et XXVIII).

*Erysipèle* phlycténoide (obs. XXI).

Enflure, œdème et rougeur de l'avant-bras, puis *vésicules* qui se transforment en pustules (obs. XI).

*Eczéma* (obs. XXII).

Aréole inflammatoire, entourée d'une couronne de *vésicules*, puis *pétéchies* disséminées (obs. XXVII); *purpura* aux membres intérieurs (obs. XXX).

Démangeaisons interdigitales avec *vésicules* sur le trajet des nerfs collatéraux des doigts, puis bulles et phlyctènes (obs. XXVII).

*Urticaire* sur la surface de flexion des membres, plaques rouges proéminentes bien circonscrites entourées de la peau rougeâtre (obs. IX).

Une morsure pansée à l'iodoforme revêt l'aspect d'une *brûlure* du 2e degré, avec épiderme soulevé et derme à nu rouge et lisse (obs. XXVIII).

*Lymphangite* aréolaire du membre pansé à l'iodoforme, pouvant s'accompagner d'un état phlegmoneux

avec fièvre et se compliquer de gangrène du tissu cellulaire, des cartilages et des os (obs. XXVII).

SYMPTÔMES DE LA FACE. — Douleur névralgique dans les os malaires. [Douleur dans les muscles zygomatiques, augmentant par le mouvement et en se penchant en avant. Contracture des muscles zygomatiques. Douleur dans la mâchoire inférieure droite.]

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Bouche. [Sécheresse et brûlure des lèvres] ; douleur dans les dents supérieures ; douleurs dans les dents gâtées ; les dents sont douloureuses comme si elles étaient trop longues.

Langue sèche et brune, langue très chargée.

L'*anorexie* est un symptôme qui se retrouve dans un grand nombre d'observations.

*Pharynx.* — Sécheresse de la gorge avec sensatiou d'écorchure en avalant ; douleur au côté droit de la gorge s'étendant jusqu'à l'oreille, [avec goût amer dans la gorge, avec raclement de la gorge pour cracher].

*Estomac.* – Les *nausées* et les *vomissements* sont indiqués dans un grand nombre d'observations, surtout vomissements bilieux et jaunes verdâtres ; vomissements faciles, vomissements répétés.

*Abdomen.* — Brûlures dans le ventre ; coliques venteuses ; borborygmes, tranchées. [Douleur dans la région inguinale droite, avec douleurs vives et besoin d'aller à la selle.]

*Anus et selles.* — La *constipation* n'est signalée que dans les observations simulant la méningite tuberculeuse.

La *diarrhée* est plus souvent indiquée.

[Sensation comme si l'anus était attiré en haut dans le rectum.]

Paralysie du sphincter.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL URINAIRE. — La *rétention* d'urine est notée dans une observation et l'*incontinence* dans quatre.

Les urines sont rares et *albumineuses*, contenant de l'épithélium rénal, des cylindres granuleux et des cylindres hyalins. La *phosphaturie* est notée en même temps que l'albuminurie dans un cas.

[Urines très jaunes, sentant le safran.]

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Douleur dans le sein gauche avec oppression et sensation d'une main qui étreindrait le cœur.

Tension artérielle forte (obs. XVI).

Pouls fréquent, dépressible ; pouls irrégulier.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Toux par sécheresse dans la gorge ; toux et sifflement causé par du mucus dans la gorge. [Toux en se couchant] ; respiration irrégulière ; respiration de Cheyne-Stokes (obs. IV).

[Aphonie.]

Sensation comme si quelque chose de lourd pesait sur la poitrine et en empêchait l'expansion avec douleur dans le sein gauche. [Douleur à l'angle inférieur de l'omoplate droite ; sensibilité en prenant une longue respiration ; douleur au sommet du poumon droit, sensation en respirant comme si deux surfaces ulcérées étaient en contact.]

Réveil subit à 1 h. 1/2 avec sensation de suffocation.

SYMPTÔMES DU TRONC ET DES MEMBRES. — Douleur dans le dos le long de l'épine dorsale ; dans la région lombaire avec sentiment de faiblesse.

*Extrémités supérieures.* — Douleur dans le bras droit augmentant en s'en servant. Douleur dans le coude gauche, avec élancement dans l'épaule gauche et le long du nerf médian ; douleur dans le bras gauche. [Douleur au toucher dans le bras gauche le matin ; douleurs dans les nerfs de la main.]

*Extrémités inférieures.* — [Douleur dans la jambe gauche surtout dans la partie inférieure dans les mouvements d'extension du pied] ; douleur le long du nerf crural ; dans les genoux et les muscles des jambes avec faiblesse ; [faiblesse dans les jambes en montant les escaliers ; en se tenant debout ; douleur dans les pieds en marchant.]

## V. — *Thérapeutique.*

L'iodoforme n'a pas été employé en thérapeutique jusqu'ici sauf dans le traitement de la méningite tuberculeuse où nous allons le retrouver plus loin.

Si on se reporte aux symptômes que nous avons étudiés ci-dessus et aux lésions qui ont surtout été recherchées dans les empoisonnements chez les animaux on reconnaîtra que l'iodoforme paraît indiqué par la loi de similitude dans un certain nombre d'affections ; nous allons passer en revue les principales en insistant sur les indications.

*Méningite tuberculeuse.* — L'iodoforme présente dans une forme de ses empoisonnements un tableau clinique très analogue à celui de la méningite : amaigrissement, insomnie avec douleur de tête très violente, arrachant des cris au malade ; nausées, vomissements et constipation ; diplopie ; contraction inégale des pupilles qui réagissent peu sous l'influence de la lumière ; pouls petit, fréquent et irrégulier.



Ces symptômes sont assez concluants pour nous engager à employer l'iodoforme contre la méningite tuberculeuse. De plus, il y a quelques années j'avais lu des observations de méningite tuberculeuse guéries par une application de pommade à l'iodoforme sur la tête rasée ; ayant eu à ce moment l'occasion de soigner une petite fille atteinte de cette cruelle maladie j'employai cette pommade et je donnai à l'intérieur l'iodoforme à la 2e trituration, je crois ; tout cela du reste sans résultat ; mais un seul essai n'est pas suffisant pour conclure, étant donnée surtout l'incurabilité connue de cette maladie.

*Ataxie locomotrice.* — Le tabes pourrait aussi trouver un médicament dans l'iodoforme qui correspondrait à la période confirmée de la maladie. Voici les symptômes que nous relevons dans la pathogénésie : grande faiblesse des jambes ; impossibilité de se tenir debout, et marche très difficile les yeux fermés ; raideur des membres ; dilatation des pupilles, inégalement contractées et réagissant mal à la lumière ; diplopie, paralysie des sphincters. En outre, si nous nous reportons aux expériences de Rummo sur les animaux, nous verrons que les autopsies ont montré des lésions médullaires, siégeant il est vrai sur les cornes antérieures de la substance grise.

*Paralysie générale.* — Les mêmes symptômes peuvent l'indiquer dans la méningo-encéphalite diffuse, mais nous trouvons en outre le délire des grandeurs bien marqué dans plusieurs empoisonnements, notamment dans l'observation XVII ; il s'habille de costumes étranges ; il se croit d'une taille prodigieuse ; le plus grand ténor du monde ; veut louer une salle de concert pour se produire.

*Folie.* — Un grand nombre de symptômes : hallucination, agitation extrême, avec cris, avec refus de la nourriture, avec impulsion à sortir de son lit et à s'en aller, avec refus complet de la nourriture, permettent de penser que l'iodoforme pourrait être indiqué dans la *manie aiguë* et, à cause du mouvement fébrile violent qu'il détermine dans le *délire aigu*, cette forme de folie si grave et si rapide.

*Maladie de peau.* — Un grand nombre d'affections de la peau sont causées par des applications de pansements iodoformés : l'*érysipèle*, des *érythèmes* divers, la *scarlatine*, l'*urticaire* pourraient peut-être se bien trouver de ce médicament, mais ce sont des maladies dont le traitement existe déjà très complet et nous ne relevons pas dans les symptômes pathogénétiques des indications bien spéciales.

*Anorexie.* — L'iodoforme produit très fréquemment l'anorexie ; l'anorexie hystérique progressive étant une affection souvent très difficile à guérir, on pourrait recourir à ce médicament lorsque l'on relèverait, dans les symptômes concomitants, quelques symptômes existant dans la pathogénésie de l'iodoforme.

*Albuminurie.* — Nous nous sommes très bien trouvés dans plusieurs cas de *néphrite parenchymateuse* de l'iodure de potassium à la 1^re^ trituration centésimale, nous avions surtout comme indication l'albuminurie produite par les applications répétées de teinture d'iode, l'iodoforme paraît très bien indiqué : urines rares, albumineuses, contenant de l'épithélium rénal, des cylindres granuleux et des cylindres hyalins ; l'oppression ; les lésions trouvées aux autopsies dans les cas d'empoisonnements : reins hypertrophiés et pâles ; les expériences de Rummo ont

montré que l'iodoforme produit chez les animaux des lésions de néphrite : glomérulite ; les expériences de Fourquet ont fait constater une hypertrophie légère des reins, avec tuméfaction trouble de tous les épithéliums. Il nous semble que les symptômes et les lésions exposées ci-dessous, indiquent bien l'emploi de l'iodoforme dans les néphrites parenchymateuses.

*Doses.* — Tout est à faire au point de vue posologique. Ceux d'entre nous qui voudront employer l'iodoforme, se serviront d'abord des doses qu'ils emploient d'ordinaire : basses triturations ou hautes dilutions ; s'ils ne réussissent pas, ils varieront la dose et d'après les résultats on pourra établir la dose utile à employer.

D[r] MARC JOUSSET.

---

## THERAPEUTIQUE

### OBSERVATIONS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE GUÉRIE PAR L'IODOFORME.

Il nous a paru intéressant de traduire l'article publié (1) sous le titre ci-dessus, par le D[r] Martin, de Pittsburg, et de le faire paraître à la suite de notre pathogénésie sur l'iodoforme. Malheureusement les deux observations données comme des méningites tuberculeuses guéries sont bien incomplètes et nous sommes obligés de formuler nos réserves.

Il y a environ deux ans, j'ai eu à traiter un enfant

(1) *The Hahnemannian Monthly*, déc. 1896.

entre 1 et 2 ans, qui souffrait depuis une semaine au plus d'une indisposition présentant une grande variété de symptômes; ces malaises paraissaient tantôt gastriques, tantôt cérébraux, tantôt comme sous l'influence de la dentition; il y avait toujours plus ou moins de fièvre, d'agitation et d'insomnie. C'était la première maladie de cet enfant. L'histoire de la famille était bonne. aucune espèce d'antécédent ni du côté paternel, ni du côté maternel, et les autres enfants, au nombre de trois, étaient tous en bonne santé. J'appelai en consultation un de mes confrères que je considère comme très supérieur au point de vue du diagnostic. Nous examinâmes ce cas avec soin et bien à fond et il ne put accepter mon opinion que c'était une méningite tuberculeuse. Au moment où il le vit, il ne lui paraissait pas assez malade. L'enfant alla de mal en pis et mourut. Alors mon confrère m'accorda que c'était bien une méningite tuberculeuse. S'il avait guéri il aurait toujours cru qu'il ne s'était pas agi d'une méningite tuberculeuse.

Il pourra en être ainsi avec vous, mes confrères, quand je rapporte un cas semblable guéri par l'iodoforme ; vous pourrez vous demander s'il s'agissait bien réellement d'une méningite tuberculeuse. Vous pourrez bien faire, car il est écrit dans nos manuels les plus autorisés que cette maladie est universellement reconnue comme ayant toujours une issue fatale et les cas de méningite tuberculeuse guéris sont regardés comme des erreurs de diagnostic. Cependant voici ce que dit Raue : « Cette maladie est-elle toujours fatale ? »

« Comme il n'y a aucun moyen infaillible de distinguer durant la vie entre la méningite tuberculeuse et la méningite simple, les cas qui guérissent et qu'on avait

appelés méningite tuberculeuse sont considérés comme de simples erreurs de diagnostic, la preuve réelle — *post mortem* — manquant et par conséquent dans tous les cas semblables où l'autopsie a pu être faite, le diagnostic étant trouvé exact, on en conclut que tous les autres cas doivent être mortels. Je me permets cependant de protester modestement contre cette conclusion. Ne peut-on pas, par un traitement différent, prévenir cette recherche *post mortem* ? toutes les affections tuberculeuses sont-elles nécessairement fatales ? J'ai perdu des cas de méningite tuberculeuse, cela est sûr, mais je crois cependant en avoir guéri quelques-uns, comme d'autres l'on fait du reste. Le pronostic est mauvais, cela est vrai. » L'observation d'un cas guéri peut donc aider à en guérir d'autres.

Mon attention fut d'abord appelée sur le sujet de mon mémoire en lisant dans le numéro de février 1896, du *North American Journal of homœopathy*, un article intitulé : « Iodoforme dans la méningite tuberculeuse », de William S. Miner, de New-York, qui, à mon grand regret — car je le connaissais bien — est mort d'une pneumonie quelques jours après la publication de cet article. Ses observations sont décrites très minutieusement et sont très intéressantes : et je ne vois pas comment quelque esprit timoré pourrait mettre en question pour deux des trois cas qu'il a guéri le diagnostic de méningite tuberculeuse. Dans ces cas l'iodoforme fut administré en frictions d'une pommade à base de vaseline (1 gr. 75 d'iodoforme pour 28 grammes de vaseline) et deux fois par jour en frictionnant la peau du crâne préalablement rasée avec 1 gr. 75 de cette pommade. On administrait en même temps l'iodoforme à l'intérieur à la 6$^{e}$ et à la 2$^{e}$ trit.

déc., une dose toutes les deux heures, et il pensait que la pommade surtout avait agi pour ces bons résultats.

Le D[r] Martel (1), dans la *Revue Internationale*, rapporte 7 cas guéris par cette méthode : une pommade contenant 2 d'iodoforme pour 30 de vaseline; deux fois par jour on faisait une friction sur le crâne avec 0,80 de cette pommade.

Dans son ouvrage sur la *Practice of Medicine* notre distingué confrère le D[r] Goodno dit que « parmi les remèdes de la méningite tuberculeuse, l'iodoforme tient la première place », qu' « il a produit des symptômes qu'on ne pourrait distinguer de ceux de la méningite », qu' « il est d'usage chez les médecins de la vieille école de raser le cuir chevelu et d'y appliquer une pommade à l'iodoforme, mais que l'administration interne du médicament agirait probablement encore mieux ».

En me basant sur ce qui précède, j'ai employé la 2[e] trituration décimale dans le cas suivant. Je ne perdrai pas le temps à décrire les symptômes présents, que vous connaissez tous aussi bien qu'ils peuvent l'être. J'observai cet enfant — qui était le premier et le seul dans cette famille et d'une bonne santé antérieure — du 3 au 8 février de cette année, lui prescrivant chaque jour de la belladone, car je ne voyais aucun autre médicament aussi bien indiqué, mais sans aucune amélioration. A ce moment, le cinquième jour de mon traitement, j'étais pres-

(1) J'ai reproduit dans l'*Art Médical* la communication du du D[r] Martel et j'ai eu l'occasion à ce moment de traiter, d'ailleurs sans succès, une petite fille atteinte de méningite tuberculeuse avec la pommade à l'iodoforme et avec la 2[e] trituration d'iodoforme.



qu'alors incertain sur le diagnostic, quoique un peu inquiet, mais alors le diagnostic de méningite tuberculeuse me paraissait assez évident. La température était de 103° F., degré où elle était stationnaire depuis trois jours.

Je prescrivis une cuillère à café toutes les deux heures d'une potion composés de 4 grains (0,15) d'iodoforme 2e trit. déc. dans un demi verre d'eau. C'était le soir du 8 février.

Le 9, le matin temp. 102° F. L'enfant est un peu mieux.

Le 10, le matin, temp. 101° F. L'enfant est décidément mieux.

Le 11, le matin, température 100° F. L'enfant va décidément mieux.

Les 12, 13, 14 et 15. L'enfant va décidément mieux.

Durant tout ce temps, la prescription d'iodoforme fut continuée et le septième jour après le commencement de l'emploi de ce médicament, l'enfant fut renvoyé guéri et l'est resté depuis.

L'autre observation est celle d'un bébé de 14 mois qui me fut apporté le 31 août de cette année ; il était souffrant depuis une semaine et traité par un allopathe qui changeait son médicament chaque jour. Les symptômes que j'observais à cette première visite étaient la fièvre, l'insomnie, la chaleur de la tête. *Belladone.*

2 septembre. — Le père prétend que l'enfant dort tout le temps ; il le trouve cependant mieux. Sac. lactis.

Le 4. — L'enfant dort toujours beaucoup, mais il remue la bouche constamment, comme s'il mâchait ou tétait ; il portait sa tête en arrière et la roulait de côté et d'autre. Il y avait alors douze jours environ que l'enfant était

malade. Mon idée était bien qu'il avait l'appareoce d'avoir une méningite tuberculeuse, mais les symptômes paraissaient si bien indiquer *hellebore* que je le donnai en demandant qu'on me tienne au courant dans la soirée. Le soir je vis l'enfant tard, car lorsqu'on me fit demander j'avais été appelé hors de la ville, et je le trouvais dans des convulsions violentes, les traits contournés, les yeux en strabisme, la tête rentrée dans les épaules, le cou et le dos contracturés avec mouvements automatiques d'un bras et d'une jambe et tous les symptômes de ce genre. Il y avait un signe que quelques-uns ont considéré comme pathognomonique, c'était qu'en passant l'ongle de mon doigt sur le front de l'enfant cela produisait une raie rouge qui persistait quelques minutes. Je préparais la 2e trit. déc. d'iodoforme dans de l'eau, comme dans le cas précédent, en disant d'en faire prendre une cuillerée à café pendant toutes les heures. Nous pensions tous que l'enfant serait mort le lendemain matin, mais il n'en fut rien ; au contraire, lorsque je vins faire ma visite le lendemain matin, je trouvais que les spasmes avaient complètement cessé, l'état fébrile très modéré, et que l'enfant pouvait de nouveau être allaité. L'iodoforme fut continué, l'enfant guérit complètement et promptement, tellement que je cessais mes visites une semaine après le commencement de l'iodoforme.

Traduit par le Dr Marc Jousset.

---

# ÉTIOLOGIE

## DE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE

*La poussière tuberculeuse ne transmet la phtisie que dans les laboratoires.* — A-t-on assez répété que la phtisie se transmettait principalement par la poussière des crachats desséchés des malades. Toutes les mesures d'hygiène publique prescrites dans ces derniers temps visent la propagation de la phtisie par ces poussières. Défense de cracher dans les omnibus et dans les lieux publics, crachoirs imposés aux malades, substitution du lavage des parquets, des salles d'hôpitaux au balayage et au frottage qui soulèvent des flots de poussière tuberculeuse. Et cette légende des vieux poitrinaires qui vont vider leurs cavernes dans le sable des promenades publiques ; les enfants jouent avec ce sable et s'infectent certainement avec le bacille de Koch. Tout cela c'est du parti pris, de l'emballement. Cette fantasmagorie s'évanouit vite devant la méthode expérimentale.

Certes si vous prenez des parois de cavernes desséchées et pulvérisées ou des crachats réduits en poudre et qu'à l'aide d'un tube vous insuffliez ces poussières dans les voies respiratoires des cobayes, vous déterminez sûrement la phtisie. Mais en dehors de *ce procédé de laboratoire* les cobayes, les lapins et surtout les hommes, vivent impunément au milieu des poussières tuberculeuses. — Pourquoi ? — C'est ce que nous essaierons de déterminer, mais d'abord établissons le fait lui-même.

La première expérience que nous citerons est celle de Cadéac et Malet (Congrès de la tuberculose, 1888, p. 316). Cette expérience est très bien faite. Elle consiste à pulvériser finement des crachats desséchés ou des portions de poumons de vache tuberculeuse. Ces poussières sont disséminées à la dose de plusieurs litres dans des caisses hermétiquement fermées; elles sont constamment tenues en suspension dans l'intérieur des caisses par un double courant d'air; 23 cobayes et 23 lapins, divisés en trois séries, furent maintenus dans une caisse semblable, une heure par jour, pendant plus d'un mois, et sur ces 46 animaux 44 restèrent absolument indemnes, un cobaye et un lapin chez lesquels on avait déterminé une bronchite expérimentale devinrent seuls tuberculeux.

Santi et Pernice déposèrent de la poussière tuberculeuse dans un vase plat et à large ouverture dans une cage de cobaye. Cette poussière sans cesse mise en mouvement par ces animaux et respirée par eux ne détermina la tuberculose chez aucun d'eux. (Strauss, de la Tuberculose.)

Celli et Guarnieri instituèrent des expériences qui restèrent absolument négatives tant que les animaux furent soumis à la respiration des crachats desséchés (*Loc. cit.*).

Mais si la poussière tuberculeuse est incapable de transmettre la phtisie, même aux cobayes quand ces animaux respirent librement ces poussières, ces mêmes animaux deviennent fatalement tuberculeux si on mélange intimement la poussière tuberculeuse avec un liquide et si on pulvérise ce liquide dans l'air que respirent les cobayes. Ces mêmes expérimentateurs, Celli et Guarnieri, qui n'eurent que des résultats négatifs avec la poussière tuberculeuse, n'eurent que des résultats positifs avec cette même poussière mélangée à l'eau et pulvérisée.

Nous citerons de nombreuses expériences démontrant l'extrême contagiosité de la matière tuberculeuse suspendue dans l'eau et pulvérisée ; la voie sèche ne donne que des résultats négatifs, la voie humide ne donne que des résultats positifs.

Voici une expérience de Tappener qui est d'autant plus démonstrative qu'elle a eu pour sujets des chiens, animaux peu tuberculisables.

Des crachats de phtisiques furent délayés dans l'eau, une cuillerée à thé de ce premier mélange fut versée dans 500 grammes d'eau et pulvérisée dans la chambre à expérience. Les chiens, libres dans cette chambre, se promenaient dehors dans la journée. L'expérience dura de vingt-cinq à cinquante jours. Sur 11 chiens, 10 devinrent tuberculeux. (Strauss, page 571.)

Bertheau se servit de crachats de phtisiques et de ganglions caséeux finement broyés et dissous dans l'eau. Trois chiens et une chèvre furent soumis à la respiration d'une atmosphère dans laquelle on pulvérisait cette eau chargée de matières tuberculeuses. Les quatre animaux devinrent phtisiques présentant des granulations typiques dans les poumons avec cavernes, lésions tuberculeuses du foie, de la rate et des intestins.

Un chien témoin à qui on fit inhaler des crachats de pneumonie et de catarrhe chronique resta indemne.

Weschelbaum répéta ces expériences et eut des résultats positifs sur 11 chiens.

Vérégut ayant pris la précaution de filtrer sur la flanelle l'eau dans laquelle étaient dissous des crachats tuberculeux eut un résultat positif sur 12 chiens et négatif sur 12 autres.

Voici une expérience entourée de toutes les précautions scientifiques.

Une culture pure de tuberculose est broyée et émulsionnée dans l'eau distillée. Cinquante centimètres cubes de ce liquide furent pulvérisés pendant une demi-heure trois jours de suite dans une caisse où se trouvaient 8 lapins, 10 cobayes, 4 rats et 4 souris. Les animaux furent ensuite séparés et bien soignés. Tous devinrent tuberculeux. (Toutes ces expériences sont empruntées au livre de Strauss sur la tuberculose.)

Pourquoi la transmission de la tuberculose est-elle presque fatale quand la matière tuberculeuse est suspendue dans l'eau et cette eau pulvérisée dans l'air ambiant? Et pourquoi cette même poussière desséchée ne transmet-elle la tuberculose qu'à la condition d'être introduite directement dans les voies respiratoires, ou de trouver un organisme déjà malade comme dans les deux cas rapportés par Malet et Cadéac?

La réponse à ces deux questions est difficile; on peut dire cependant, d'une manière générale, que les défenses dont l'organisme dispose contre l'invasion des microbes dans la gorge et les fosses nasales ne déploient leur puissance que contre les poussières et non pas contre les gouttelettes d'eau de la vaporisation. Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure de ces expériences que si les poussières tuberculeuses transmettent sûrement la tuberculose quand elles sont introduites dans les voies respiratoires, elles ne peuvent servir à la contagion de la phtisie dans les conditions ordinaires de la vie. Nous le répétons, si on n'insuffle pas la matière tuberculeuse desséchée dans la trachée, ou si on ne la pulvérise pas après l'avoir

délayée dans de l'eau, elle est absolument impuissante à transmettre la tuberculose chez le cobaye et à plus forte raison chez l'homme.

Si la tuberculose chez l'homme n'est contagieuse ni par la respiration ni par les sueurs, ni par le contact et la cohabitation ; si, comme nous venons de le démontrer, elle n'est pas contagieuse par les poussières tuberculeuses dans les conditions ordinaires de la vie, il ne reste plus pour la transmission de cette maladie chez l'homme que la viande et le lait tuberculeux, ce qui a bien peu d'importance, et l'inoculation qui, en dehors des blessures anatomiques, est un fait absolument exceptionnel.

En terminant nous aimons à rapporter ce passage du livre de Strauss sur la transmission de la tuberculose par les aliments :

« On voit donc que les faits établissant la transmission de la tuberculose à l'homme par les ingesta sont loin d'être nombreux et surtout qu'ils n'entraînent pas à un degré bien marqué la conviction. Tout nous engage néanmoins à admettre que ce mode d'infection facile à mettre en évidence par l'expérimentation, peut aussi se réaliser dans la pathologie humaine. Mais il est certain que l'on a étrangement exagéré l'importance de ce mode de contamination surtout en ce qui concerne l'adulte. »

Et maintenant qu'est-ce qu'il reste pour la contagion de la phtisie ?

D[r] P. Jousset.

---

## NOSOLOGIE

### DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DES INFECTIONS PARATYPHOÏDIQUES

A la suite de la découverte du bacille de Lœffler, considéré comme l'agent spécifique de la diphtérie, l'opinion qui avait cours jusqu'alors fut modifiée et l'on décrivit des variétés bactériologiques qui devaient correspondre à des formes cliniques spéciales : diphtérie pure, à bacille de Lœffler ; diphtéries associées ou graves dans lesquelles le bacille de Lœffler s'associait au streptocoque, ou staphylocoque, etc. L'influence de la bactériologie était telle qu'on considéra comme de véritables angines diphtéritiques et qu'on traita par le sérum des formes cliniques très bénigne, où l'exsudat avait l'aspect de l'angine herpétique et qui auraient parfaitement guéri toutes seules. Bien plus, on refusa le titre d'angine diphtéritiques à des affections en ayant absolument la marche et l'aspect clinique et dans lesquelles on ne retrouvait pas le bacille de Lœffler. On est en ce moment en train de revenir un peu sur ces exagérations et les symptômes cliniques priment aujourd'hui les résultats bactériologiques.

Nous craignons que ce qui s'est fait, il y a quelques années, pour la diphtérie soit sur le point de se faire pour la fièvre typhoïde.

Nous relevons dans les discussions de la Société médicale des hôpitaux (1) une communication de MM. Achard et Bensaude sur les infections paratyphoïdiques, qui nous

(1) Séance du 27 nov. 1896.

paraît vouloir créer, à côté de la fièvre typhoïde, une nouvelle affection ayant des symptômes assez semblables, mais dans laquelle on aurait trouvé un bacille un peu différent du bacille d'Eberth.

Voici d'abord l'observation résumée qui sert de base à cette communication.

Bl..., 24 ans, concierge, entre le 8 septembre 1896 à l'hôpital Beaujon. Scarlatine à l'âge de quinze ans ; jamais de fièvre typhoïde.

Elle soignait depuis une quinzaine de jours sa petite fille pour une fièvre muqueuse lorsque, le 24 août, elle est prise subitement de fièvre avec frissons et courbature ; séjour au lit pendant quatre jours, très accablée, surdité ; ensuite la prostration diminue, mais la fièvre persiste avec anorexie et légère diarrhée ; ni épistaxis, ni céphalalgie.

La malade qui se croyait enceinte de trois mois, a une légère métrorrhagie.

A son entrée la malade n'a pas de stupeur ; répond bien aux questions, fatiguée, sans énergie, face pâle, langue blanche et humide. Anorexie complète, soif vive, météorisme abdominal très accusé. Dans la fosse iliaque droite douleur spontanée peu intense ; pas de gargouillement en ce point. La rate n'est pas perceptible à la percussion. Pas de taches rosées, diarrhée très abondante, noirâtre, très fétide. Température vaginale : 39,6. Pouls : 100, bien frappé, non dicrote. Pas de râles dans la poitrine ; voix légèrement enrouée ; sommeil conservé ; pas de maux de tête.

10 *sept.* Mal dormi ; langue sèche et rôtie ; diarrhée, selles mêlées de sang rouge foncé. Le météorisme a dimi-

nué. La matité splénique est appréciable, mais ne paraît pas très augmentée. Le pouls est à 100.

11 *sept.* Langue toujours sèche, diarrhée un peu moins abondante et il n'y a plus de mélæna; bruits du cœur sourds; pouls affaibli.

Pendant la nuit s'est produite une parésie du deltoïde gauche : sans anesthésie cutanée. Cette parésie persiste pendant quelques jours, myosis assez accentué.

L'urine, renferme beaucoup d'albumine; dépôt abondant constitué par du pus. Aucun trouble de la miction.

13 *sept.* La diarrhée diminue; trois selles dans les vingt-quatre heures; sommeil bon. Urine : 1/2 litre.

Le 14 septembre (21e jour de la maladie) le myosis a disparu,la température tombe à 37° le matin pour remonter au dessus de 38° le soir.

Les jours suivants, le mieux continue, la diarrhée disparaît et la température est à 37°, le 20 au matin. L'urine ne présente plus de dépôt purulent, mais il y a toujours de l'albumine.

Puis la température remonte graduellement, atteignant 39° le 23 au soir. La diarrhée reparaît, moins abondante qu'au début ; les selles sont très liquides. L'albumine, dosée le 24 septembre, s'élève à 0 gr. 75.

La malade se plaint de ressentir de la douleur à la racine de la cuisse droite. Cette douleur, augmentée par la pression, est exactement limitée au trajet de la veine fémorale, à son origine, et de la veine iliaque externe, à sa terminaison. On ne perçoit pas de cordon d'induration à son niveau et il n'y a ni œdème ni circulation collatérale. Les jours suivants, la douleur diminue et se localise au-dessous de l'arcade crurale.

1er octobre. On sent, à l'origine de la veine fémorale

droite, un cordon dur, régulier, douloureux à la pression. Il n'y a toujours pas d'œdème, ni de dilatation des veines superficielles.

2 octobre. La douleur a disparu à droite, mais du côté gauche la malade en accuse une semblable, et une phlébite se développe symétriquement, avec cordon veineux induré.

Vers le 10 octobre apparaît un peu d'œdème malléolaire et prétibial.

L'apyrexie est définitive depuis le 5 octobre.

Le 25 octobre l'état général est bon, l'urine est claire et ne présente plus de traces d'albumine, l'œdème a disparu. La malade commence à se lever.

Le 2 novembre elle quitte l'hôpital.

Le séro-diagnostic de Widal a donné des résultats différents suivant le moment où on l'a pratiqué ; le 9 septembre, il était négatif ; le 14 et le 17 septembre, il était négatif ; le 16 octobre, le résultat positif n'a été obtenu qu'avec trois échantillons sur treize.

Le sang, pris aseptiquement, n'a pas donné de culture.

L'urine a donné des cultures pures, d'un bacille paratyphique sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Le sang provenant de la ponction de la rate a donné des cultures de staphylocoques, sans bacille.

Les selles diarrhéiques n'ont fourni que des colonies du coli-bacille.

Seconde observation communiquée par M. Martinet.

Petite fille née au commencement de décembre 1895, ayant eu une mauvaise nourrice, atteinte d'une bronchite en mai 1896.

Le Dr Martinet, appelé le 23 juin, trouve l'enfant malade depuis quelques jours avec fièvre, 38° :

« A l'auscultation quelques râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière. Peu à peu, la fièvre s'élève et, le 26, atteint 40 degrés. A l'auscultation, rien d'autre que les râles déjà constatés, qui disparaissent même tout à fait peu de temps après, l'état des bronches fait penser à une broncho-pneumonie à son début ; mais les signes broncho-pulmonaires allaient en diminuant, tandis que la fièvre se maintenait entre 39 et 40 degrés, que le ventre se ballonnait, que la langue était sale et rouge à la pointe, indice plutôt d'une fièvre typhoïde, d'autant plus qu'il y eut sur l'abdomen et les hypocondres des taches rosées en assez grande quantité. Deux ou trois jours avant leur apparition, il s'était fait dans le dos et au cou une éruption scarlatiniforme, un véritable rash, sans que rien apparût du côté de la gorge. Il n'y a jamais eu de diarrhée, mais plutôt de la constipation, le ventre étant toujours ballonné et peu douloureux.

« Dès le 5 juillet, la température tomba à 38 degrés le matin, restant encore à 39 degrés le soir, et enfin, le 13 juillet, le thermomètre était à 37 degrés pour ne plus remonter.

« Ce même jour, tuméfaction rouge et douloureuse, située au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite ; le lendemain, il y avait de la fluctuation. M. Walther incisa la collection et donna issue à un demi-dé à coudre de pus. »

« Le pus venant de l'articulation sterno-claviculaire contenait un bacille paratyphique analogue à celui recueilli dans l'observation précédente.

Le Dr Achard donne ensuite les caractères de ces bacilles paratyphiques.

« Les deux échantillons de bacilles que nous avons isolés dans les deux cas précédents présentent des caractères tout à fait semblables à ceux du bacille de la psittacose, dont un échantillon nous a été donné très obligeamment par MM. Gilbert et Fournier.

« Comme lui, ils se présentent sous la forme de bâtonnets courts arrondis aux extrémités, extrêmement mobiles, et se décolorant par le procédé de Gram. Comme lui aussi, ils poussent avec une grande rapidité, troublant le bouillon dont ils couvrent même la surface d'une mince pellicule, formant sur la gélose inclinée un enduit peu épais, à contour sinueux. Leurs cultures sur ces milieux ne diffèrent pas de celles du coli-bacille et du bacille d'Eberth, mais ils ressemblent plus au coli-bacille par la rapidité de leur développement. Ils poussent sur le milieu d'Elsner, comme le bacille de la psittacose, plus rapidement que le bacille d'Eberth. Ils ne donnent pas d'indol. Ils se rapprochent beaucoup du bacille d'Éberth par deux caractères très importants : 1° ils ne font point fermenter le lactose et ne coagulent pas le lait, même si l'on chauffe les cultures ; 2° ils se laissent agglutiner par le sérum typhique.

« On sait que les auteurs qui ont décrit le bacille de la psittacose, MM. Nocard, Gilbert et Fournier, tout en le considérant comme très voisin du bacille d'Eberth, ont cherché à l'en séparer. Les caractères différentiels qu'ils ont invoqués sont les suivants :

1° Les cultures du bacille de la psittacose sur la gélose et sur pommes de terre ressemblent plutôt à celles du coli-bacille ; 2° la virulence de ce microbe est extrême ; 3° il est moins bien agglutiné par le sérum typhique, les bacilles restés libres conservant toute leur mobilité.

Nous avons constaté ces particularités avec nos deux échantillons personnels de bacille paratyphique, comme avec celui du bacille de la psittacose. Toutefois ces caractères ne nous ont pas paru tout à fait décisifs. En effet, les cultures sur gélatine du bacille paratyphique et des coli-bacilles ne diffèrent de celles du bacille d'Eberth que par un développement plus rapide et plus considérable, ce n'est guère qu'une question de degré. Les cultures sur pommes de terre varient suivant les divers coli-bacilles ; notre premier échantillon de bacille paratyphique poussait sur ce milieu en couche grise, comme le bacille de la psittacose ; le second donnait une culture jaunâtre comme la plupart des coli-bacilles ; mais nous avons pu nous assurer qu'un assez grand nombre d'échantillons de bacille d'Eberth donnaient lieu aussi à des cultures analogues. »

Le Dr Achard s'occupe ensuite de la virulence du bacille paratyphique, puis il conclut :

« En somme, les bacilles paratyphiques possèdent les deux attributs que l'on a considérés comme les plus caractéristiques du bacille d'Eberth : ils ne font point fermenter la lactose et s'agglutinent en présence du sérum typhique. Par l'ensemble des autres caractères que nous avons indiqués, ils se comportent comme des coli-bacilles. »

Voici nos conclusions :

Etant donné les caractères différentiels assez légers entre ces différents bacilles ; les symptômes qui se rapprochent beaucoup de ceux de la fièvre typhoïde vraie ; le petit nombre des cas observés jusqu'aujourd'hui ; l'absence d'autopsie permettant de trouver des différences de lésions, il nous semble prématuré d'établir une nouvelle espèce morbide et un nouveau microbe.

L'opinion des bactériologistes qui veulent voir dans le bacille d'Eberth un coli-bacille transformé, pourrait s'appuyer sur ces faits, qui montreraient le bacille paratyphique comme un intermédiaire entre les deux.

D[r] MARC JOUSSET.

---

## REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

### SÉROTHÉRAPIE ANTISYPHILITIQUE

Nous trouvons dans le compte rendu de la Société de médecine de Paris (1), à propos d'un rapport sur la candidature du professeur Zarnewsky, un compte rendu du D[r] Jullien sur la sérothérapie antisyphilitique, qui donne un historique complet de la question et qui nous paraît devoir intéresser nos lecteurs, ces questions de sérothérapie étant tout à fait à l'ordre du jour, et les principes de la sérothérapie elle-même nous semblant découler directement de la loi de similitude.

Nous croyons donc utile de reproduire ici la plus grande partie de ce rapport du D[r] Jullien (2).

I. — La sérothérapie est née de cette remarque faite en 1888 par Richet et Héricourt : *en transfusant à un animal susceptible de contracter une infection le sang d'un animal réfractaire à cette infection on rend le transfusé réfractaire comme l'était le transfuseur lui-même.* Plus tard, en 1895,

---

(1) Séance du 28 novembre 1896.

(2) *France médicale*, 4 décembre 1896.

ces expérimentateurs ajoutent un second article à la loi physiologique qui porte très justement leurs noms : *Si l'animal a été soumis au préalable à l'inoculation du virus contre lequel il possède une immunité naturelle, la transfusion de son sang à un animal non réfractaire modifie au maximum les effets de l'agent virulent.*

Ces deux principes posés, voyons quel parti on a tiré la syphiligraphie.

Nous aurons à enregistrer les essais pratiqués avec les produits suivants :

1° Sang ou sérum d'animaux normaux;

2° Sang ou sérum d'animaux préalablement soumis à l'inoculation de sang ou d'autres humeurs syphilitiques;

3° Sang ou sérum de malades syphilitiques guéris, ceux-là pouvant très logiquement être assimilés aux animaux réfractaires.

II. — Le sang ou le sérum d'animaux non syphilisés a été essayé par différents observateurs sans résultats bien appréciables si ce n'est sur l'état général qui presque régulièrement s'améliora d'une façon notable.

FOURNIER (mars 1891) donne 17 injections de *sérum de chien* à une femme atteinte d'ulcérations serpigino-gangréneuses, restaure la santé générale et voit survenir en plein traitement une nouvelle poussée gommeuse. Dans un deuxième cas la malade qui a vu son poids augmenté de 44 à 48 kilogs en 18 jours, quitte brusquement l'hôpital après l'injection. Une autre femme en pleine éruption papuleuse reçoit 10 injections sans modifications notables.

M. HÉRICOURT ranime un cachectique par sténose laryngée, l'appétit s'éveille, le malade engraisse, puis quitte Paris après 10 injections (thèse de Mulé, p. 20).

TOMMAZOLI se sert du *sérum de mouton et de veau*; 13 malades sont soumis à des injections dont le nombre ne dépassa pas 14, et la quantité maximum de sérum employée pour chacun d'eux est de 82 centimètres cubes. Les résultats thérapeutiques furent à peu près nuls (*Gazz. de Osp. di Milano*, 1892, numéros 28, 70).

KOLLMANN n'est pas plus heureux sur 13 malades avec des doses deux ou trois fois supérieures (*Deutsche méd. Wochens.*, 1896, numéro 36).

MAZZA échoue avec le *sérum d'agneau* ou de *chien* sur 4 malades (*Giorn. ital. de m.*, juin 1893); et de même NEUMANN avec du sang d'agneau stérilisé dans l'étuve à 55°, précaution d'ailleurs bien faite pour priver ce liquide de toute son activité spécifique (*Therap. Wochens.*, 1895).

Nous devons encore à AUGAGNEUR la connaissance de précises expériences faites avec le sérum d'âne, mais le consciencieux chirurgien n'hésite pas à reconnaître que la réelle amélioration qu'il obtint est due à l'état général restauré (*Société de dermatologie*, avril 1896).

Un seul praticien ISTOMANOFF a fait connaître des résultats franchement favorables. Sur 15 malades qui reçurent un maximum de 15 injections de 2 à 6 centimètres cubes par jour, les manifestations secondaires de la syphilis disparurent complètement 13 fois, elles s'effacèrent avec prompte récidive une fois, et une autre fois le sujet n'en éprouva aucune modification favorable (*Société médicale du Caucase*, 1895).

En résumé, sur ce premier point, à l'exception du seul Istomanoff, les expérimentateurs ont reconnu mal fondée, en ce qui concerne la syphilis, la loi de Richet et Héricourt; en transfusant à l'homme les humeurs des animaux réfractaires, nous ne pouvons pas savoir s'ils lui auraient con-

féré l'immunité, mais nous sommes bien certains qu'ils n'ont vu se manifester aucune action curative attestant un effet spécifique quelconque.

III. — Le second article de la loi prononce que chez les animaux la puissance du sérum est exaspérée par une inoculation préalable du virus auquel ils sont naturellement réfractaires; c'est le principe dit de la double réfraction.

Nous examinerons d'abord les cas dans lesquels cette inoculation a été pratiquée au moyen du sang syphilitique.

Dès 1893, MAZZA rapporte deux résultats encourageants obtenus en injectant le sérum de brebis syphilisée, un malade aurait vu sa syphilis enrayée après le chancre. (*Giorn. ital. d. m. c. e. v.*, 1893 p. 153.)

A Paris TRIBOULET subit un échec complet en mars 1895 après avoir employé 25 grammes de sérum injecté en 5 fois. GILBERT et L. FOURNIER se servent du sérum d'une chèvre et d'un chien et consignent au moins un succès; un malade atteint de roséole généralisée, de plaques confluentes du gland et du prépuce, de l'anus et d'une laryngopathie intense est complètement blanchi en 10 jours avec 20 centimètres cubes de sérum. (*Sem. medic.*, 28 avril 1895.)

Les malades tertiaires semblent avoir plus régulièrement retiré quelque bénéfice de ce traitement. TRIBOULET amène à cicatrisation une femme souffrant depuis six mois d'ulcérations consécutives à des gommes. Richet guérit en quatre semaines 3 gommes ulcérées avec le sérum d'un âne ayant reçu lui-même une injection de 30 centimètres cubes du sang d'un individu en pleine évolution

secondaire. (*Société de biologie*, 6 avril 1896.) Le même sérum est employé toujours heureusement par BLUM et MOUCHET chez une femme qui depuis trois mois est inutilement traitée pour des gommes ulcérées, par TRIBOULET pour une glossite avec infiltration scléro-gommeuse (service de Mauriac), pour des gommes ulcérées de la face interne de la jambe, et enfin par RICHET pour une affection syphilitique tertiaire, ayant déterminé de l'aphasie avec hémiplégie droite. Le succès fut très remarquable, dans l'espace de quinze jours le mouvement revint, le malade put se promener dans la salle, prendre des objets dans sa main, parler, écrire. (*Thèse de Mulé*, 1896, p. 43.) Enfin l'application du même traitement aux tabes par HÉRICOURT amena dans tous les cas un amendement marqué par la disparition des douleurs fulgurantes. (*Soc. de biologie*, 12 janvier 1895.)

En abordant le cas des animaux syphilisés par l'inoculation de produits spécifiques autres que le sang, nous rencontrons tout d'abord les très importantes recherches du professeur TARNOWSKI. Depuis 1870, ce professeur poursuit ce problème. Entre autres animaux, il inocula la syphilis pendant six mois à deux poulains, et pendant quinze mois à un autre poulain. A l'autopsie des trois animaux on trouva les vaisseaux sanguins altérés, les glandes lymphatiques, le foie, la rate et les reins atteints d'un processus interstitiel disséminé, ce qui est certainement le résultat le plus complet qu'aucun expérimentateur ait obtenu jusqu'ici.

Dans le but d'appliquer la sérothérapie au traitement de la syphilis, le docteur soumet deux nouvelles pouliches, en 1895, à l'inoculation de produits spécifiques : 1° introduction de fragments de chancre et de plaques

muqueuses sous la peau du cou; 2° application de fragments de plaques sur la surface ulcérée de vésicatoires; 3° injection sous-cutanée de sécrétion de plaques muqueuses diluées; 4° injections sous-cutanées de plaques muqueuses coupées, triturées dans une solution de chlorure de sodium à 1/100. En six mois les pouliches furent inoculées, l'une 45, l'autre 40 fois, elles furent conduites à l'Institut de médecine expérimentale de S. A. le prince d'Oldenbourg où elles furent saignées une première fois, puis on fit à nouveau 55 inoculations sur l'une et 57 sur l'autre et au bout de dix mois on les saigna de nouveau ; elles fournirent en tout 3.200 grammes de sérum.

Les malades soumis à ce sérum n'avait subi aucun raitement préalable, soit au mercure, soit à l'iode, et furent placés dans des salles isolées par tout un étage de celles où se trouvaient les malades soumis au traitement mercuriel.

Ces deux premiers malades furent choisis parmi ceux qui présentaient des accidents syphilitiques des plus accusés : chancres indurés de la verge et adénites inguinales bilatérales. Les injections de sérum leur furent administrées tous les deux jours, en commençant par 5 centimètres cubes et montant successivement jusqu'à 20 centimètres cubes à la fois. Le premier malade reçut en quarante-huit jours 24 injections, en tout 485 centimètres cubes de sérum. Le second malade reçut en quarante-trois jours 20 injections, — total 380 centimètres cubes de sérum.

Dans ces deux observations, au cours du traitement au sérum, les premières poussées se manifestèrent comme d'habitude et au moment où cessèrent les injections les malades accusaient des syphilides maculeuses, par endroit,

papuleuses du tronc et des extrémités, des plaques sur les muqueuses et des polyadénites.

Deux autres malades furent traités par le sérum au moment de la première poussée de la syphilis (fièvre éruptive syphilitique). L'un reçut en quarante-huit jours 25 injections, total 455 centimètres cubes de sérum. Sur l'autre en quarante-trois jours furent faites 20 injections, au total 380 centimètres cubes de sérum.

Dans ces deux observations, la poussée des syphilides, quoiqu'un peu ralentie dans sa marche, ne manqua pas de se développer en suivant son cours habituel, et à la fin du traitement ces deux malades présentaient les symptômes de la période secondaire des plus accentués : syphilides polymorphes du tronc et des extrémités, plaques muqueuses, polyadénites.

Un autre malade fut traité par le sérum à l'époque de la première poussée bien établie — syphilide papuleuse du tronc et des extrémités, impétigo du cuir chevelu, plaques muqueuses de l'anus, plaques aux lèvres et au larynx, polyadénite accusée; 20 injections (380 cc.) de sérum en trente-sept jours. Entre la 4$^e$ et la 14$^e$ injection (du 20 novembre au 12 décembre) la température monta chaque soir de 38°2 à 39°5 et descendit le matin à 37°5.

Au cours de ces vingt-trois jours la syphilide perdit de son intensité, pâlit, la desquamation des papules s'établit ; elles se résorbèrent en laissant de la pigmentation ; plus de nouvelle poussée. A partir du 13 décembre les injections n'amenèrent plus d'élévation de température. Cinq jours plus tard, le 17 décembre, malgré les injections continuées — nouvelle poussée de papules miliaires sur le front, le dos, les fesses et les extrémités supérieures.

Pour la période tertiaire, fut choisi un malade atteint de périostites gommeuses disséminées des deux tibias ; grosse gomme à centre ramolli à la jambe droite : douleurs nocturnes violentes privant le malade de sommeil, Du 30 décembre au 13 janvier 1896 furent faites 8 injections au total de 140 centimètres cubes. Les gommes ne présentèrent aucun changement pendant le traitement ; la gomme de la malléole mollit davantage au centre, et menaçait de crever : les douleurs nocturnes ne diminuèrent pas ; l'état général du malade empira notablement, l'insomnie augmenta, il perdit du poids et l'on constata de l'albumine dans les urines.

Vers la même époque, Gilbert et L. Fournier communiquaient à la *Semaine médicale* (1895, p. 181) des expériences analogues pratiquées sur 8 malades avec le sérum d'une chèvre ayant reçu en 2 mois, 9 chancres, et d'un chien ayant reçu, en moins de 3 mois, 4 chancres, 2 papules et 120 grammes de sang syphilitique. A côté de résultats nuls, franchement négatifs, on constate de bons effets soudains ; en 48 heures une femme est débarrassée d'une roséole tenace, un homme voit s'affaisser des papules volumineuses. Mais en somme rien d'absolument probant ne s'en dégage, la solution du problème n'est pas là.

IV. — A Celso Pellizzari revient le mérite d'avoir, en 1892, le premier imaginé et pratiqué la sérothérapie antisyphilitique avec le sérum humain. Le concept du jeune professeur est le suivant : dans le sang des malades arrivés aux périodes d'accalmie on doit trouver les produits chimiques développés dans l'organisme après l'infection et qui ont arrêté les manifestations virulentes.

Ces produits, véritables antitoxines, prenons-les avec

le sérum et injectons-les pour aider l'organisme dans sa défense, en lui fournissant tout préparés les principes qu'il a mission d'élaborer.

Le sang fut recueilli par la saignée, filtré sur les bougies de Berkfeld, conservé en éprouvettes stérilisées, et injecté à 10 malades à la dose totale de 20 à 55 centimètres cubes.

Que furent les résultats ? Pellizzari les résume lui-même en deux mots : « Tous mes malades inoculés ont eu des syphilides *au point de vue virulent* extrêmement légères et quelques-unes absolument insignifiantes ; or j'affirme que pour les deux tiers au moins, nous étions en droit de présager une syphilis plutôt grave. »

Suivant son exemple mais avec des doses beaucoup plus élevées, puisque leur malade reçut en 9 fois 274 grammes de sérum, Gilbert et L. Fournier obtinrent un résultat assez bon quoique insuffisant ; il en fut de même pour Vieviorowski, qui traita ainsi cinq malades de l'hôpital Alexandre à Saint-Pétersbourg.

Edward Cottrell (*British journal of dermat.*, 1895, p. 349) a également travaillé dans cette voie, et ses expériences accusent des résultats appréciables dans les 18 cas qui sont la base de son observation. Les doses variaient de 1/2 à 5 centimètres cubes. Suivant cet auteur le sérum à la période du chancre en amène la rapide cicatrisation, les ganglions subissent une fluxion intense, et les éruptions tant cutanées que muqueuses font défaut ou tout au moins sont légères. En pleine période floride on voit s'éteindre rapidement toutes manifestations, à l'exception de celles de la gorge, et la santé générale s'améliorer. Les malades secondaires fourniraient un sérum plus actif que les tertiaires.

En revanche 5 observations de Neumann (*Therap. Woch.*, 1895) restent absolument négatives tant sur les malades secondaires que sur les tertiaires.

Je rapprocherai de ces tentatives celle que j'ai faite l'an dernier dans mon service. Suivant un procédé qui m'est personnel et que j'ai fait connaître à la *Société de dermatologie* (14 novembre 1895), je puise le sang sur le col utérin après en avoir fait l'antisepsie absolue. Une vieille femme tertiaire me donna plusieurs fois du sang que j'injectai en nature, à la dose de 4 grammes, à une jeune prostituée en pleine évolution secondaire avec des symptômes infectieux graves. Une première injection fit cesser fièvre et mal de tête, et sembla promettre des résultats que ne réalisa pas la suite, et je renonçai vite à ce mode de traitement pour revenir aux injections de calomel.

Bonaduce (*Monats f. dr derm.* 1893) demanda le sérum à un nouveau-né hérédo-syphilitique, et eut la satisfaction de voir un jeune homme guérir d'un syphilome sans aucune suite ; mais ce cas reste unique, ce qui contribue à le rendre suspect, c'est le soin pris par l'opérateur de porter le liquide à 100° pendant dix minutes, température à laquelle le liquide très albumineux doit se coaguler en masse.

Boek (de Christiania) a eu l'idée ingénieuse de se servir de liquide provenant d'hydrocèles développées chez les sujets syphilitiques; la dose injectée en une fois était ordinairement de 2 à 3 grammes. Les malades reçurent des quantités variables de 30, 80, etc., un d'eux 300 grammes de liquide. Involution relativement rapide des accidents primitifs, atténuation très nette des manifestations secondaires, toujours retardées dans leur apparition, et abrégées quant à leur durée. Le professeur s'est servi de

liquides provenant de malades secondaires et de tertiaires, et pense que le sérum tertiaire est plus efficace que le secondaire, conclusion qui se trouve en contradiction avec celle de Cottrel; ses expériences portaient sur 19 malades.

Les 6 observations que nous venons de citer tendent à prouver que : 1° La période dite de la seconde incubation ne gagna rien en longueur, et la première poussée de syphilides ne fut guère modifiée sous l'influence de la médication par le sérum; 2° La fièvre éruptive aussi bien que les syphilides maculeuses et papuleuses, ne subirent aucune modification dans leur développement et se comportèrent exactement comme dans les cas où aucun traitement n'intervient; 3° Les récidives ne furent guère ajournées car une nouvelle éruption se manifesta au cours même du traitement; 4° Les douleurs nocturnes de la période tertiaire ne diminuèrent pas en intensité, et les tumeurs gommeuses ne subirent aucun changement favorable.

« Me basant sur ces résultats négatifs, écrit l'auteur, j'en conclus que : les injections du sérum des pouliches syphisées n'amenèrent aucun amendement dans le cours de la syphilis soit à la période initiale, soit à la période avancée de l'infection, et ne peuvent pas être préconisées comme mode de traitement de la syphilis.

« Ajoutons, que trois de nos six malades perdirent du poids (1 kilo), et que de l'albumine se manifesta dans les urines au cours du traitement par le sérum. Quatre fois sur six les injections de sérum occasionnèrent de l'érythème urticans et du purpura. Finalement, l'injection des fortes doses de sérum (20 c.c.) fit monter la température des malades de 8 à 9 dixièmes de degré centigrade.

« Il nous est donc impossible de considérer les injections du sérum des pouliches syphilisées, au nombre des médications qui augmentent la nutrition et améliorent l'état général des malades.

« L'élévation de la température, l'apparition de l'albumine dans les urines, l'éruption du purpura, l'amoindrissement du poids, démontrent plutôt une influence désavantageuse exercée par les injections du sérum sur l'organisme des malades. »

Si nous sommes indécis sur l'effet curatif du sérum, avons-nous quelque donnée précise sur son action préventive? Oui, s'il faut en croire le Dr Rochon et le fait très digne d'attention qu'il relate. Un homme a des rapports avec une femme en puissance d'accidents nettement contagionnants. L'auteur commence dès le troisième jour des injections de sérum emprunté à des sujets syphilitiques. Depuis un temps progressivement décroissant : neuf ans, cinq ans, dix-huit mois. Aucun accident ne se produit, ce qui tend pour le moins à faire admettre l'efficacité des premières injections, car les dernières n'auraient pas manqué de transmettre le virus.

V. — Nous terminerons en mentionnant les essais plus modestes faits avec le sérum associé au mercure. Richet et Héricourt préparent un sérum au sublimé, sorte de liqueur de Van Swieten dédoublée, qui joint aux propriétés du spécifique quelque vertu tonique et reconstituante.

D'autre part Tarnowsky reste fidèle à la méthode des injections sous-cutanées.

« Si, dit l'éminent professeur, l'antitoxine agit exclusivement en activant les principes de résistance de l'organisme, si la condition essentielle de la curabilité du sérum

réside dans la présence d'antagonistes, agissant tantôt comme antitoxine, tantôt possédant des facultés préservatrices ou curatives — il n'est pas impossible d'admettre que le mercure introduit dans le sang puisse agir à l'instar d'un antagoniste, non pas en détruisant la toxine syphilitique, mais bien en augmentant la résistance de l'organisme du malade, le rendant plus apte à combattre l'infection.

« En introduisant du mercure dans le sang des animaux plus ou moins susceptibles de contracter l'infection syphilitique, il est permis de supposer que le sérum de ces animaux comme véhicule des « antagonistes » exercera une influence bénigne chez l'homme.

« Imbu de cette pensée, nous avons entrepris dans notre clinique de nouvelles expériences de mercurialisation de poulains, en leur faisant des injections intra-musculaires au calomel; ensuite nous avons préparé du sérum en saignant les animaux mercurialisés, et nous avons injecté ce sérum aux malades dans différentes périodes de la syphilis.

« Nous espérons publier sous peu les résultats de cette nouvelle application de la sérothérapie au traitement de la syphilis. »

Les conclusions à tirer de ce grand nombre de faits nous semblent les suivantes :

1° Le sérum d'animaux qui n'ont reçu aucun produit syphilitique ne paraît avoir aucuen action curative ;

2° Le sérum des animaux inoculés préventiment paraît peu actif, mais pourra peut être être perfectionné;

3° Le sérum humain paraît donner quelques espérances.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du 5 janvier*).—Cette séance est prise en grande partie par l'installation du bureau de l'Académie pour l'année 1897. M. Laveran fait ensuite un rapport sur un mémoire du Dr Matignon ayant pour titre : *De l'atriplicisme ou intoxication par l'arroche*. Sous ce nom le Dr Matignon a décrit des accidents qu'il a eu l'occasion d'observer à Pékin, chez des Chinois de la classe pauvre, et qui se produiraient, dit-il, à la suite de l'ingestion de jeunes pousses d'arroche,

Les premiers symptômes qui apparaissent, douze à vingt heures après l'ingestion de la plante, sont purement locaux. Ils consistent en de l'engourdissement des mains, bientôt suivi de démangeaisons souvent localisées au pouce et à l'index de la main droite, l'œdème apparaît ensuite avec de la cyanose du bout des doigts. Cet œdème gagne rapidement l'avant-bras, mais ne franchit jamais le coude. Il se produit aussi, quelques heures après l'apparition de l'œdème du bras, de l'œdème de la face avec démangeaisons et souvent des ecchymoses.

La durée de cet état varie de deux à huit jours, mais lorsque l'épiderme se desquame, il se produit, parfois, au niveau des ecchymoses, des ulcérations qui se cicatrisent lentement. Il n'y a, d'ailleurs, à aucun moment, ni fièvre, ni modifications de l'état général des malades.

L'étiologie de cette maladie est encore assez obscure. Les médecins chinois pensent qu'il s'agit d'une intoxication produite par un poison que secrètent de petites arrachnides d'un jaune verdâtre qui se trouvent souvent sur l'arroche. Et, de fait, ces accidents ne se montrent pas lorsqu'on a le soin de laver les pousses d'arroche, ou qu'on ne les mange que cuites. Il est probable que les symptômes que l'on observe à la face sont dus aux doigts qui y transportent la substance irritante dont ils sont eux-mêmes souillés.

(*Séance du 12 janvier.*) — *Le Davainea Madagascariensis à la Guyane.* Le Dr Blanchard fait une communication sur un parasite découvert il y a une trentaine d'années, par le Dr Granet. Les premiers cas furent observés chez de jeunes enfants et quelques spécimens furent envoyés à Davaine qui les décrivit sous le nom de tœnia madagascariensis. Les principaux caractères anatomiques sont les suivants : les anneaux mûrs sont à peu près carrés, c'est-à-dire aussi longs que larges, leur plus grande dimension ne dépasse pas 2 m/m 6. Le ver total présente une longueur de 15 centimètres environ et ne comprend guère plus de 165 anneaux. Chacun de ceux-ci ne présente qu'un seul pore génital, percé sur l'un des bords latéraux ; tous les pores sont situés sur le même côté. L'anneau mûr est rempli de corpuscules déprimés à contour plus ou moins arrondi, indépendants et situés à quelque distance les uns des autres ; chacun d'eux n'est autre chose qu'une poche utérine renfermant des centaines d'œufs. La tête présente une structure remarquable : en avant des quatre ventouses, se voit un rostre massif, rétractile, ayant presque 0 m/m 1 de largeur et entouré d'environ

90 crochets; ces derniers sont très petits, mais leur base, très longue et en forme de bâtonnet atteint une longueur d'environ 18 μ.

Le parasite présente la plus étroite analogie avec le tænia tétragone Molin de la poule, et avec quelques autres cestodes également parasites des oiseaux. Aussi le Dr R. Blanchard a-t il formé un genre nouveau pour eux; les Davainea et il désigne ce parasite sous le nom de Davainea madagascariensis. Cet animal a, depuis, été trouvé chez des adultes, comme chez des enfants et dans différentes contrées. Il est probable qu'il se trouve comme hôte intermédiaire dans un insecte cosmopolite, il y a tout lieu de croire que les blattes ou cancrelats doivent être soupçonnés de remplir ce rôle.

(*Séance du 19 janvier.*) — *Ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois. Continuation de la grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant.* Les ovariotomies au cours de la grossesse sont assez nombreuses, mais il est rare que l'ovariotomie ait été double. C'est ce qui fait l'intérêt d'un cas opéré par le Dr Mouchet, de Sens. La malade, une jeune femme mariée depuis cinq mois, n'avait plus ses règles depuis trois mois et depuis deux mois elle souffrait du ventre et avait des vomissements et de la fièvre. Elle était dans un état inquiétant à son entrée à l'hôpital. Le Dr Mouchet ayant reconnu une tumeur de l'ovaire gauche, compliquant une grossesse de trois mois environ, proposa une opération au cours de laquelle on trouva, en outre, un kyste de l'ovaire droit. Les deux ovaires furent donc enlevés. Les suites furent simples et la grossesse se termina à terme par un accouchement au forceps.

*Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme ayant un rétrécissement extrême du bassin.* — Le professeur Pinard fait une communication à ce sujet sur une malade qu'il a opérée avec l'aide du Dr Segond. La femme, âgée de 32 ans, primipare, n'ayant marché qu'à l'âge de 8 ans, dont la taille mesurait 1 m. 15 présentait une déformation du squelette extrêmement prononcé. Les membres inférieurs très peu développés et d'inégale longueur étaient incurvés. La colonne vertébrale offrait un beau type de scoliocyphose. Le bassin était asymétrique. Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 7 cent. 8 millimètres et la ligne innominée du côté droit était rectiligne et se trouvait environ à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existait pour ainsi dire pas. Le professeur Pinard, jugeant que ce cas ne présentait aucune chance de réussite pour une pelvitomie, résolut de laisser la grossesse aller à terme. Les premières contractions utérines se montrèrent le 16 décembre à 9 heures du matin.

Le Dr Pinard procéda alors à la gastro-hystérotomie puis, après avoir extrait l'enfant par l'incision utérine, il passa le couteau au Dr Segond qui termina l'opération par l'ablation totale de l'utérus et des annexes par la méthode américaine. Cette méthode consiste dans une ablation en bloc et par incision continue de droite à gauche ou de gauche à droite. En d'autres termes, le chirurgien placé par exemple à la droite de la patiente s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes, le sectionne de haut en bas pour pénétrer ensuite dans le vagin, déloger le col, renverser de son côté la masse utéro-ovarienne et la libérer finalement, en sectionnant de bas en haut le ligament large droit. Les

suites opératoires furent fort simples et la malade put se lever au bout de trois semaines.

*Névromes généralisés. Résection d'une grande partie des nerfs médian et cubital. Rétablissement des fonctions motrices et sensitives. Polyorchidie.* — Cette opération a été pratiquée par le Dr Péan sur un jeune homme de 25 ans qui présentait sur les deux bras, mais à gauche surtout, sur le tronc et le scrotum des tumeurs sous-cutanées et sous-aponévrotiques ayant un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix. De ces tumeurs, les unes étaient incolores, les autres très douloureuses. M. Péan résolut d'enlever ces dernières. Pendant l'opération, on s'aperçut que le nerf médian gauche était le siège de tumeurs qui lui donnaient la grosseur du doigt. Il fut réséqué dans toute l'étendue du bras Les douleurs ayant continué dans les portions du médian et du cubital situées au-dessous du pli du coude, une nouvelle opération fut faite pour réséquer ces nerfs dans cette région.

Les nerfs furent réséqués sur 0 m. 25 à 0 m. 30 de long. A la suite de ces opérations les douleurs disparurent, mais, naturellement, les fonctions motrices et sensitives du bras avaient disparu.

Il en fut de même pendant les premières semaines; puis, à la grande surprise de l'opérateur, la sensibilité et le mouvement commencèrent à revenir spontanément et elles se sont complètement rétablies depuis.

Il est difficile de s'expliquer ce retour des fonctions d'un nerf dont une aussi grande portion a été réséquée. Peut-être la circulation nerveuse anastomotique s'est-elle rétablie chez ce malade, grâce au bourgeonnement des tubes nerveux ou grâce à la distension du névrilemme ou

même à la multiplicité des névromes cutanés et profonds existant dans le membre gauche. L'examen histologique des tumeurs enlevées a montré que celles qui étaient kystiques étaient formées de poches remplies de sang et que les tumeurs solides n'étaient autres que des fibromes fasciculés à fibres courbes.

En enlevant une tumeur du scrotum sur ce même malade, M. Péan a pu constater et s'assurer de visu qu'il avait deux testicules à droite, contenus dans la même vaginale avec chacun un épididyme se réunissant pour former un seul canal déférent. Le malade avait d'ailleurs un testicule à gauche.

A ce propos M. Péan communique un cas d'anomalie constaté chez une femme qui avait du côté droit deux trompes bien conformées et parfaitement distinctes avec un seul ovaire de ce côté.

*Les simili-rages chez le chien.* — Depuis quelque temps, les maladies nerveuses chez le chien, dit M. Megnin, se font remarquer par une fréquence insolite, mais ce qui est plus grave, c'est que beaucoup de ces affections revêtent une apparence plus ou moins rabiforme. Il rapporte alors trois observations dans lesquelles des chiens ont présenté à différentes reprises et en quelque sorte par accès tous les symptômes de la rage et même, dans un cas, de la rage paralytique. Malgré cela ils ont parfaitement guéri, deux même sans aucun traitement. Au point de vue pratique, ces observations montrent qu'il ne faut pas se presser de tuer comme enragé tout chien qui présente des accès phrénétiques avec besoin de mordre. On s'exposerait à fausser les statistiques.

M. Weber appuie les conclusions de son confrère, et

s'élève contre les habitudes de la Préfecture de police qui fait abattre tout chien qui a mordu plusieurs chiens ou plusieurs personnes sur la voie publique. Si le vétérinaire chargé de faire l'autopsie de ces chiens rencontre dans leur estomac des corps étrangers, il conclut à la rage ce qui est exagéré, car la présence de corps étrangers dans l'estomac peut causer des phénomènes rabiques sans que le chien soit pour cela enragé, et, d'un autre côté, des chiens enragés peuvent ne pas avoir de corps étrangers dans l'estomac. Les statistiques de la rage sont donc tout à fait inexactes.

(*Séance du 26 janvier*). — *La défense de l'Europe contre la peste.* — Le professeur Proust fait une longue communication sur l'épidémie de peste qui règne actuellement dans les Indes. Après avoir retracé la marche de l'épidémie il termine ainsi :

« En résumé, la présence de la peste à Bombay, l'aggravation de l'épidémie, la possibilité de son importation en Europe ne justifient que trop les résolutions de la conférence internationale de Paris de 1894. Si la convention signée à Paris avait été ratifiée par les Etats participants, il est probable que le service sanitaire international que la conférence instituait, fonctionnerait déjà et protégerait la Perse et l'Europe contre la peste de Bombay.

Les événements qui se passent à Bombay montrent qu'il faut accomplir aussi rapidement que possible ce qui a été trop longtemps différé : ratifier les résolutions votées à Paris en 1894.

J'ai ajouté qu'il y aurait également lieu d'adhérer à la proposition qui a été déjà faite, de créer une union sanitaire internationale contre la propagation des épidémies ,

union qui rendrait, pour la protection de l'Europe contre la peste, les mêmes services que pour sa défense contre la fièvre jaune et le choléra.

En attendant, il faut que les gouvernements interdisent le pèlerinage de la Mecque à tous leurs sujets musulmans. Le gouvernement français vient de le défendre aux Algériens et aux Tunisiens.

Il faut exercer une active surveillance sur les provenances de Bombay.

L'application de notre règlement de police sanitaire maritime de 1890 donne toute garantie pour la défense de notre territoire. Nous avons donné les instructions les plus précises, et nous veillons à leur exécution rigoureuse. Nous pensons qu'il en sera de même dans les autres États; si tout le monde fait son devoir, il y a lieu d'espérer que l'Europe ne sera pas envahie.»

*Un stigmate permanent de l'épilepsie.* — On sait combien le médecin légiste, placé en présence d'un individu soupçonné atteint d'épilepsie, a de difficultés pour dépister la simulation, et cela même, lorsqu'il assiste à une attaque convulsive. Cette question de la simulation a attiré l'attention de MM. Mairet et Vires (de Montpellier), et ils se sont attachés à rechercher si l'attaque ne produit pas de symptômes échappant à toute simulation possible, et s'il n'existe pas, en dehors des attaques, quelque stigmate permanent propre à cette névrose.

Ils ont donc étudié l'attaque, la névrose en dehors de l'attaque, et ce que l'on désigne sous le nom d'épilepsie larvée.

Pour l'attaque, ils ont constaté : des modifications dans les échanges organiques, dans la toxicité de l'urine et dans la marche de la température générale.

L'attaque d'épilepsie augmente les échanges organiques. L'azote et les phosphates éliminés par les urines (principalement les phosphates terreux) sont augmentés. L'attaque d'épilepsie diminue la toxicité des urines ; c'est ainsi qu'il peut falloir jusqu'à 220 centimètres cubes d'urine postparoxystique pour tuer un kilogramme de lapin au lieu de 50 à 80 centimètres cubes, chiffre normal. En outre, ces urines ont une action convulsivante plus marquée que les urines normales.

L'attaque modifie en outre la marche de la température. Pendant la période de convulsion, de stertor et de sommeil, elle s'abaisse ou s'élève suivant qu'il y a ou non agitation ; mais, au réveil, elle tend à revenir à la normale, à laquelle elle peut toutefois rester supérieure pendant plusieurs heures.

Pour la période interparoxystique, MM. Mairet et Vire ont constaté que l'hypotoxicité etait constante. Chez 24 malades n'ayant pas eu d'attaques depuis cinq jours jusqu'à deux ans et demi, le degré de toxicité a varié de 145 à 480, bien que tous ces malades fussent soumis à la médication bromurée qui augmente toujours la toxicité urinaire. Il faut remarquer que l'hystérie présente aussi cette hypotoxicité des urines entre les attaques, mais les hystériques ont des stigmates physiques qui permettent de faire le diagnostic différentiel et, en outre, l'hypotoxicité des hystériques n'atteint jamais l'énorme hypotoxicité des épileptiques.

Il était important de savoir si l'hypotoxicité existait également dans l'épilepsie larvée.

MM. Mairet et Vire rapportent trois cas d'épilepsie larvée, dans lesquels ils ont constaté une hypotoxicité variant de 140 à 450 centimètres cubes.

Il faut donc retenir que l'hypotoxicité urinaire constitue un stigmate permanent de l'épilepsie, et cela qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive ou d'épilepsie larvée.

Dr Nimier.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Lavages du sang dans une infection a streptocoques (endocardite infectieuse) : diathèse purulente. — II. Abcès rénal a bacille d'Eberth et méningite suppurée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde reconnue par le sérodiagnostic. — III. Suppuration rénale au déclin de la fièvre typhoïde. — IV. Sur un cas d'application des rayons Rœntgen au traitement des phlegmasies aigues de l'appareil thoracique. — V. Maladie de Basedow et goitre basedowifié. — VI. Idiotie myxœdémateuse et traitement thyroïdien.

### I

(*Séance du 8 juillet.*) — M. Dalché vient lire une observation sous le titre d'*infection à streptocoques* (*endocardite infectieuse?*) qui nous paraît devoir rentrer dans la diathèse purulente. Le traitement qu'il a institué et auquel il attribue la guérison, consiste en injections intra-veineuses de sérum artificiel, c'est ce qu'il appelle le lavage du sang. On provoque par ces injections une élimination considérable par les reins et les autres émonctoires, intestin, peau, etc.

Voici le résumé de son observation :

Femme de 27 ans, entrée le 9 juin à l'hôpital Beaujon. Bonne santé antérieure, mal à l'aise depuis trois semaines

environ, perte de l'appétit, lassitude générale. Le 3 juin, elle s'alite ; ses règles, qui sont bien à leur époque, sont très abondantes ; la fièvre s'allume avec petit frisson tous les soirs ; petit abcès à la partie antérieure du genou gauche, qui est incisé le 6 juin. Dans la nuit du 9 au 10, il se développe à la partie antéro-interne des deux avant-bras et à la partie supéro-externe de la jambe droite, des plaques de lymphangite accompagnée d'œdème. Le 10 au matin, état typhoïde alarmant, stupeur, la malade répond mal aux questions qu'on lui pose, langue et lèvres fuligineuses ; teint subictérique ; conjonctives jaunâtres. En plus de l'abcès ouvert cinq jours auparavant et des lymphangites, le deuxième orteil du pied droit est rouge et gonflé ; diarrhée, avec selles ocreuses ; urines rares, rougeâtres avec albumine et pigments biliaires ; foie et rate un peu hypertrophiés ; au cœur le premier bruit est légèrement soufflant à la pointe.

L'examen du sang pris dans une veine de l'avant-bras donna sur gélose « une colonie unique de staphylocoques dorés ; de la sérosité prise au niveau de la plaque érythémateuse de l'avant-bras donna une dizaine de colonies de staphylocoques blancs et une seule de staphylocoques dorés ». Plus tard, du pus d'un abcès ayant donné des cultures pures de streptocoques pyogènes, M. Dalché conclut : « que les colonies de staphylocoques fournies tout d'abord venaient de la peau insuffisamment aseptisée ».

Le 10, injection intra-veineuse de 1 litre de sérum artificiel (formule de M. Hayem). « Une demi-heure après la malade est prise d'un frisson d'une violence inouïe qui dure une demi-heure environ, puis arrive une transpiration très abondante et la température vaginale, qui était

dans la matinée de 39,6, monte à 41,6. Mais le soir, à la contre-visite, cette température était tombée à 37,6.

« Le 11 au matin, la température est remontée à 40°, mais l'état général paraît un peu meilleur ; cette femme a dormi, la langue est humide, la diarrhée est abondante ; la malade a uriné sous elle et on ne peut juger exactement de la crise polyurique. Nouveau lavage de 1 litre de sérum, suivi du même frisson ; la température monte à 41,8 et retombe le soir à 37,6.

« Le 12, diarrhée très abondante, langue humide, température matinale 39,8. Troisième lavage de 1 litre suivi des phénomènes réactionnels habituels, la température s'élève à 41,5 et retombe le soir à 38°.

« Le 13, quatrième lavage, après lequel la température vaginale monte jusqu'à près de 42°.

« Le 14, cinquième lavage de 1 litre fait le soir, la température s'élève après l'injection à 41,6 et le 15 au matin elle est de 38,4. Mais petit à petit, la malade paraît beaucoup moins prostrée, l'albumine disparaît de l'urine ainsi que les pigments biliaires en même temps que s'efface la teinte subictérique de la peau ; et bien que la fièvre se maintienne élevée (peut être surtout sous l'influence des abcès), devant la grande amélioration de l'état général, cessation des injections intra-veineuses.

« Le mieux se maintient ; le 23, on incise et on draine trois collections purulentes, et de ce jour, la température s'abaisse franchement tous les matins. Le 2 juillet, on ouvre de nouveaux abcès et la température gagne la normale. La malade est sortie guérie le 6 septembre. »

Si on ne voyait pas la feuille de température, qui est jointe à l'observation, on n'aurait rien à objecter à cette

pratique ; mais, en examinant la courbe, on s'aperçoit que la température est restée encore pendant dix-sept jours, aux environs de 40° après la cessation des injections ; on remarquera aussi la réaction extrême, l'hyperthermie considérable qui a suivi chaque injection de sérum.

Quant à l'étiquette sous laquelle nous devons ranger cette observation, il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter et qu'il s'agissait bien d'une diathèse purulente.

## II

(*Séance du 25 janvier.*) — MM. Troisier et Sicard rapportent l'observation d'un malade entré le 15e jour d'une affection fébrile : les seuls symptômes étaient l'abattement, la fièvre oscillant de 37,5 à 38,5 ; la langue saburrale ; l'hypertrophie de la rate ; au bout de cinq jours apyrexie qui persista jusqu'à la mort. C'était un peintre en bâtiment, atteint de paralysie des extenseurs avec urines très albumineuses. L'examen de Widal permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde à son déclin.

Quelques jours avant la mort, survinrent du hoquet, des vomissements bilieux, une céphalée persistante, une légère contraction du cou, la rétraction du ventre, la respiration irrégulière, symptômes qui firent penser à une méningite typhique.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic : rougeur ecchymotique de la fin de l'iléon ; ulcération d'un follicule clos du cæcum ; méningite purulente contenant le bacille d'Eberth et le bacterium coli ; dans le rein droit, abcès de la grosseur d'une noisette, dans la substance corticale immédiatement au-dessous de la capsule ; le pus de cet abcès contenait du bacille d'Eberth.

III

A la même séance M. FERNET lit l'observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde de forme commune qui se plaint le 13e jour d'une douleur dans le flanc gauche au niveau de la rate qui est grosse et douloureuse à la pression. M. Fernet pense à une périsplénite. Le 9 juillet (21e jour), malgré le retour de la température à la normale, l'état général s'aggravait, la tuméfaction de la région splénique s'était accrue et était visible; l'examen méthodique permettait de reconnaître que la rate hypertrophiée se trouvait en arrière de la tumeur, qui s'étendait jusqu'à la région rénale. Le 13 juillet (25e jour), M. Tuffier intervient et après avoir ouvert l'abdomen et recliné le côlon transverse, atteint la poche purulente qu'il incise : écoulement d'un litre de pus séreux très clair. Après une amélioration passagère, quelques signes de péritonite, puis aggravation des symptômes généraux et mort.

L'autopsie permet de reconnaître que la poche purulente était formée par le bassinet extrêmement dilaté; le rein était aminci par endroits et contenait trois ou quatre abcès remplis de pus épais; l'uretère était rétréci et au point où il s'ouvrait dans le bassinet coudé à angle droit.

Au point de vue bactériologique, le liquide purulent recueilli au moment de l'opération ne contenait que du bacille d'Éberth; le même liquide quelques jours après, recueilli pendant un pansement, contenait du bacille d'Éberth avec du bacterium coli; le pus des abcès rénaux renfermait du bacille d'Éberth.

IV

MM. Rendu et du Castel ont employé les rayons Rœntgen dans un cas grave d'affection thoracique, dont ils ne peuvent déterminer complètement le diagnostic, et le résultat a été favorable.

Voici le résumé de cette observation :

M. X..., 20 ans, jeune homme vigoureux, fatigué par la préparation à un examen, se trouve souffrant et courbaturé le 16 et le 17 mai. Le 18, le Dr Villain trouve 40°, langue sale, constipation, céphalalgie et prostration.

Le 19 mai, même aspect, pas de toux ni d'expectoration, cependant l'auscultation permet de reconnaître au sommet droit la diminution du murmure vésiculaire et un souffle doux lointain dans la fosse sous-épineuse.

Les jours suivants l'état s'aggrave, il y a des menaces de syncope. Le 21 mai (5e jour de la maladie), les Drs Rendu et du Castel constatent les signes de la pneumonie dans le tiers supérieur du poumon droit : « Souffle tubaire franc, descendant jusque dans la région axillaire et ayant son maximum dans la fosse sous-épineuse ; au-dessous, respiration faible et submatité sans râle. »

Une légère érosion buccale, due à une petite morsure de la joue, s'est étendue depuis la veille et a pris l'aspect d'une vaste ulcération diphtéroïde partant de la commissure labiale droite et envahissant la joue sur une étendue de 4 à 5 centimètres, avec œdème de la joue, adénite et œdème sous-maxillaire.

Le 22, même situation, les urines, normales jusque-là, sont devenues albumineuses et noirâtres, ce qui est attribué aux badigeonnages phéniqués des ulcérations.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire, les ulcérations buccales se cicatrisent rapidement.

Dans la nuit du 25 au 26 mai (9ᵉ jour), transpiration abondante, le matin, 38,5 ; à l'auscultation, quelques râles au milieu du souffle devenu moins dur.

L'état ne s'améliore pas néanmoins et le 28 mai (11ᵉ jour) violent frisson suivi d'une transpiration ; deux autres accès dans la journée. « Les râles actuellement ont envahi tout le poumon, depuis le haut jusqu'en bas ; le souffle persiste toujours mais atténué. » Ponction capillaire exploratrice dans la région axillaire au niveau du souffle et ensemencement de deux tubes d'agar avec le liquide pulmonaire ; l'examen bactériologique démontre qu'il s'agit uniquement de staphylocoques blancs et dorés.

Pendant les derniers jours de mai, détente faisant espérer une défervescence véritable, avec température entre 37,5 et 38°. Cependant les signes stéthoscopiques persistent :

« Matité absolue dans la fosse sous-épineuse droite, se continuant dans la région axillaire : submatité dans le tiers inférieur du poumon droit.

« A l'auscultation, existent deux foyers de souffle, lequel, sans être franchement tubaire, offre encore de l'intensité ; l'un très large, partant du hile du poumon droit, occupant la fosse sous-épineuse et empiétant vers la région de l'aisselle ; l'autre occupant la partie inférieure du poumon, non loin de la colonne vertébrale. Dans tout le reste du poumon s'entendent des râles variés, sous-crépitants et muqueux, fins et gros. On les retrouve à droite en avant sous la clavicule droite.

« Ce sont donc les signes d'une broncho-pneumonie et non plus d'une hépatisation massive. »

A partir du 2 juin, nouvelle phase de la maladie ; il

s'établit un mouvement fébrile aux exacerbations vespérales, peu marqué pendant les premiers jours de juin, mais allant en s'accentuant, malgré tous les traitements employés (quinine, antipyrine, digitale, etc.). Au bout de quelques jours, il y a chaque jour deux maxima de température, l'un vers 3 heures de l'après-midi, l'autre vers minuit. Ces accès sont annoncés par une pâleur livide du malade, pendant laquelle le thermomètre s'élève ; puis apparaissent des plaques érythémateuses et des marbrures violacées sur la face et le tronc ; la chaleur est intolérable ; au bout de trois heures, transpiration et diminution de la température. Les signes stéthoscopiques suivent une marche analogue à celle de la fièvre ; le souffle pulmonaire augmente pendant les accès ; au début de ceux-ci on entend des râles fins, à la fin, des râles plus gros et plus humides.

Cette situation se prolonge sans modification jusqu'au 14 juin. Ce jour-là, le professeur Potain, appelé en consultation, pense qu'il s'agit peut-être d'un abcès interlobaire consécutif à la pneumonie, et conseille une ponction exploratrice pratiquée sur la ligne axillaire, au niveau de l'angle de l'omoplate, ponction ne donnant pas de résultat.

Dans les jours qui suivent « les signes stéthoscopiques donnent une matité persistante en bas, avec un souffle broncho-égophonique ; deux autres ponctions exploratrices sont faites l'une au-dessous de l'angle de l'omoplate, l'autre plus bas au point où s'étend l'égophonie. Toutes deux sont négatives. »

Jusqu'à la fin du mois, l'état persiste en s'aggravant, les forces diminuant et la température pendant les accès atteignant et dépassant même 40°.

« Vers la fin de juin, les signes physiques sont les suivants :

« Sommet du poumon droit normal. Dans la fosse sous-épineuse, souffle tubaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone, avec exagération des vibrations thoraciques, La zone du souffle se prolonge, comme précédemment, vers l'aisselle, mais descend un peu moins bas. Dans la partie inférieure du poumon droit, la matité reparaît avec diminution des vibrations thoraciques, faiblesse respiratoire, souffle voilé doux, d'apparence pleurétique, et voix chevrotante. Il serait difficile de ne pas admettre l'existence d'un léger épanchement pleural, si la ponction exploratrice n'avait pas révélé l'absence de tout exsudat. Dans le reste du poumon et surtout sous la clavicule, râles muqueux et sous-crépitants très nombreux, prenant en certains points le timbre cavernuleux. »

Le 28 juin, le professeur Potain se rattache à l'idée d'une pneumonie caséeuse en s'appuyant sur les signes stéthoscopiques, la marche de la maladie et l'examen bactériologique de deux crachats rendus le 22 et le 25 et contenant tous les deux des bacilles de Koch rares, mais indubitables.

L'état continue pendant les premiers jours de juillet, le thermomètre augmentant de plus en plus pendant les accès et atteignant 40,5 et même 40,8.

Le 2 juillet, se développe une phlébite du mollet gauche, qui évolue pendant trois semaines.

Le 11 juillet, M. Chantemesse « conclut à une infiltration granuleuse du poumon droit, avec ramollissement imminent sous la clavicule et accès intermittents symptomatiques. » Il conseille le transport à la campagne, et l'aération continue,

A ce moment, le père du malade, ayant eu connaissance des expériences de M. Lortet sur les cobayes tuberculeux au moyen des rayons Röntgen, demanda l'emploi de cette médication sur son fils. Les médecins acceptent par déférence pour lui « bien plus que par conviction personnelle ».

« L'appareil fut disposé de la manière suivante. Une bobine de Rumkhorff très volumineuse, comprenant 45 kilomètres de fil, fut mise en rapport avec un accumulateur électrique puissant. Les deux fils conducteurs, séparés par une tige de verre isolant, furent mis en contact avec un tube de Crookes, monté sur un pied articulé qui, par un dispositif très simple, pouvait être maintenu à une distance déterminée de la position du malade.

« Les séances de radiation furent quotidiennes, et durèrent chaque fois cinquante-cinq minutes. L'ampoule de Crookes contenait, dans son intérieur, un petit miroir de platine à 45° d'inclinaison, destiné à réfléchir les rayons, à les concentrer en un pinceau, perpendiculairement à la surface de la poitrine. La distance entre celle-ci et la source lumineuse était de 10 à 15 centimètres. L'appareil ainsi disposé, il suffisait de faire passer le courant, ou de l'interrompre pour obtenir ou supprimer la radiation lumineuse.

« Nous avons d'abord recherché si la poitrine était bien réellement traversée par les rayons. Une plaque photographique sensibilisée fut placée, avec son châssis, derrière le dos du malade, la source lumineuse étant placée en avant de la région sous-claviculaire ; au bout de quarante-cinq minutes nous la retirâmes. Les côtes antérieures et postérieures, l'omoplate, une petite médaille que portait le malade, furent très nettement reproduits.

Il était donc certain que les rayons pénétraient au travers du parenchyme pulmonaire. »

Les effets de ces applications furent assez rapides. Pendant les deux premières séances, les accès ne furent pas modifiés ; après la troisième application, l'accès de fièvre fut un peu moindre et s'accompagna d'une transpiration excessive et, pour la première fois depuis cinq semaines, l'accès de la nuit n'eut pas lieu.

A partir de ce jour, les accès ne revinrent plus et, les jours suivants, la température oscille entre 37° le matin et 38° ou 38,5 le soir ; le malade paraît très abattu, tout en éprouvant un grand bien-être et en dormant presque constamment.

Le 20 juillet, 8e séance de radiation, pendant laquelle il se développe une éruption superficielle érythémateuse, localisée à la région antérieure droite du thorax, et qui paraît en rapport avec le contact des rayons. C'est une ébauche de coup de soleil cutané. Du reste, le malade n'éprouve aucune sensation de chaleur, aucune cuisson, et la température locale de la région sous-claviculaire, à la main, ne paraît pas plus chaude que celle de la région correspondante gauche.

Cet érythème persiste assez longtemps après la disparition de la source lumineuse.

Le 22 juillet, cuisson de la peau aux régions touchées par les rayons. L'érythème étant plus accentué, on suspend les séances. Malgré cela, l'érythème progresse, et le 28, on constate sous la clavicule droite de véritables phlyctènes, absolument identiques à celles des brûlures. Ces phlyctènes furent suivies d'escarres dermiques assez profondes et assez douloureuses, qui furent longues à s'éliminer.

En même temps, l'amélioration du malade se faisait régulièrement, la fièvre avait complètement disparu. Le malade, transporté à la campagne dès le 1er août, reprenait des forces et de l'embonpoint; du 1er août au 1er octobre, il regagna 30 livres de son poids.

Les signes stéthoscopiques ont été en s'amendant. Le 4 octobre, « la fosse sous-épineuse offre une légère submatité, avec atténuation du murmure vésiculaire, sans souffle; le tympanisme sous-claviculaire persiste; les râles ont partout disparu, sauf à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse, où ils se retrouvent dans les inspirations qui suivent la toux ». Depuis, la guérison s'est maintenue.

Comment interpréter cette observation? Devons-nous avec M. Rendu pencher pour une tuberculose aiguë? M. Rendu était absolument persuadé de ce diagnostic, MM. Potain et Chantemesse étaient du même avis et si M. Rendu hésite à se prononcer dans ce sens, c'est à cause de la terminaison favorable, brusque et rapide, si insolite dans les cas de tuberculose aiguë.

Devons-nous avec M. du Castel pencher plutôt vers une infection staphylococcique, en faveur de laquelle militeraient la gangrène de la bouche, la tuméfaction du foie et de la rate. Etant donné aussi l'insuccès de certaines applications de rayons Rœngten chez des tuberculeux?

Nous pencherions à nous rallier à l'opinion de M. Rendu tout en laissant un point d'interrogation. Il est certain que d'ici peu on pourra appliquer le même traitement à d'autres cas de tuberculose aiguë en se mettant dans les mêmes conditions d'exécution. On pourra suivant les succès ou les insuccès futurs trancher la question.

V

M. le professeur Debove rapporte l'histoire d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de goitre exophthalmique (palpitations, goitre peu saillant, tremblement, pas d'exophthalmie). Sur les instances de cette malade qui ne se trouvait pas mieux, il laissa faire une intervention chirurgicale, très habilement faite, du reste, par le Dr Lejars, qui réséqua la moitié droite du corps thyroïde. Après de l'agitation dans la journée et grande soif, la malade est prise à 6 heures du soir d'accélération du pouls, de dyspnée, de délire et de coma; elle meurt a 11 heures du soir. L'autopsie ne révèle rien pouvant expliquer la mort.

A propos de cette communication, M. Marie vient exposer son opinion sur le goitre exophthalmique. Pour lui, on réunit sous ce nom deux affections diverses au point de vue étiologique surtout :

La première, la *maladie de Basedow classique*, qui survient tout d'un coup à la suite d'une émotion, qui s'accompagne ou non de goitre, ce dernier étant dans tous les cas consécutif aux palpitations.

La seconde qu'il appelle *goitre basedowifié* dans laquelle le syndrome de Basedow survient progressivement chez des malades atteints antérieurement de goitre, quelquefois depuis plusieurs années.

On ne peut reconnaître à quelle forme on a affaire que par l'étude du début, car lorsque l'affection est constituée, dans les deux cas, elle se ressemble beaucoup. Cependant Marie considère que c'est dans les cas de goître basedowifié qu'on observe cette dyspnée plus ou moins continue avec paroxysmes d'une intensité effrayante, survenant souvent sans raison.

C'est dans les cas de goitre basedowifié que le traitement thyroïdien paraît réussir. Dans la maladie de Basedow classique, il serait plutôt nuisible.

Enfin pour Marie l'intervention chirurgicale peut devenir nécessaire dans le goitre basedowifié, et elle y rendra des services ; elle est beaucoup moins indiquée dans la maladie de Basedow classique et c'est dans ce cas qu'on observe ces morts rapides post-opératoires.

VI

(*Séance du 22 janvier.*) — M. Bourneville avait présenté à la Société le 17 janvier 1896, deux enfants atteints d'*idiotie myxœdémateuse*. Il les ramène après un an de traitement thydoïdien et on peut constater que ce traitement a produit un résultat véritablement remarquable, tant sur l'état du développement intellectuel que sur le myxœdème en lui-même. Le traitement a bien été supporté malgré la dose de 1 gramme du corps thyroïde donné par M. Bourneville, dose considérable chez des enfants aussi jeunes.

Dr Marc Jousset.

---

## REVUE DES JOURNAUX

### IMPORTANCE D'UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU PYLORE

M. Boas présente à la Société de médecine interne de Berlin un ouvrier de 56 ans qui se plaignait de troubles digestifs. En quelques mois il avait perdu 10 kilogrammes, quoiqu'il ne présentât aucun symptôme cachectique et

que la palpation et la percussion de la région gastrique ne révélassent rien d'anormal. Cependant l'estomac renfermait toujours des substances alimentaires, même dans les intervalles des repas les plus légers. Dans son contenu, retiré et examiné plusieurs fois le matin à jeun, on trouvait, en outre, de l'acide lactique et des bacilles filiformes, mais pas d'acide chlorhydrique ni de sarcines. Jamais ces caractères n'ont fait défaut, même lorsque le malade n'avait que peu mangé la veille au soir. Il diagnostiqua un cancer de l'estomac siégeant au niveau du pylore.

Le 19 juin, M. Hahn pratiqua l'extirpation de ce néoplasme. Le malade se rétablit rapidement. A l'heure actuelle, son poids a augmenté de 15 kilogrammes et demi et il peut vaquer à ses occupations.

Le néoplasme se présentait sous la forme d'un épaississement de l'anneau pylorique ; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un adénocarcinome. (*Semaine médicale*, 13 janvier.)

---

### TRAITEMENT DU PRURIT PAR L'APPLICATION DE COMPRESSES IMBIBÉES D'UNE SOLUTION CHAUDE DE TANNIN

D'après le Dr A. Heidenhain (de Köslin), le traitement le plus efficace du prurit consisterait à appliquer, sur la partie qui est le siège des démangeaisons, des compresses imbibées d'eau très chaude à laquelle, pour éviter la macération de l'épiderme, on ajoute une cuillerée à bouche de tannin par litre. On n'oubliera pas de prévenir le patient que le tannin laisse sur le linge des taches indélébiles. Notre confrère affirme que, par ce moyen si simple et si commode, on obtient la guérison du prurit dans tous les cas. (*Semaine medicale*, 13 janvier.)

### RHUS AROMATICA DANS LE DIABÈTE ET L'INCONTINENCE D'URINE.

Comme tout le monde le sait, le *rhus aromatica* est un des médicaments importants tirés de l'oubli par les *New Remedies* de Hales. La première notice de ce médicament est du Dr Clanahan, qui avait eu sa première connaissance du médicament de son grand-père, le Dr John Gray, qui l'avait employé pendant plus de 30 ans, au grand bénéfice de ses malades Le *rhus aromatica* en doses pondérables est un remède souverain du diabète. La dose va de X gouttes à une cuillerée à café de teinture-mère. Un autre emploi de ce médicament est dans le traitement de cette ennuyeuse affection, l'incontinence d'urine. Dans l'incontinence nocturne c'est aussi un bon médicament, et il y a quelques années le Dr Worthington, de Versailles (Kentucky), le traitait de spécifique de cette affection désagréable. Il le donnait par dose de X gouttes de teinture. (*Hom. Recorder*, 15 mai 1896.)

---

### LA TEINTURE DE SAUGE CONTRE LES SUEURS DES PHTISIQUES

Krahmes conseille la teinture de sauge contre les sueurs des phthisiques à la dose de XX gouttes le matin et de XL le soir. On peut remplacer la teinture par une infusion préparée avec environ une cuillerée à bouche de poudre de feuilles de sauge pour un demi-litre d'eau chaude.

Ce traitement a réussi chez 36 malades sur 38 auxquels on l'a appliqué. (*Médecine moderne*, 13 janvier.)

---

# VARIÉTÉS

## LA PESTE DES INDES

C'est au mois de septembre que les premiers cas de peste ont été constatés à Bombay. Mais c'est à partir du 1er décembre que l'épidémie a pris un caractère alarmant et n'a cessé dès lors de croître en violence et en intensité. D'après les dernières nouvelles la mortalité, officiellement attribuée à la peste, atteint 250 décès par jour. Et encore ce chiffre officiel n'exprime-t-il pas toute la vérité, un grand nombre de cas se dissimulant sous les rubriques de fièvre rémittente, pneumonie, bronchite et autres synonymes rassurants.

De nouveaux foyers se constituent sur la côte occidentale de l'Hindoustan. Dès le 18 décembre, la présence de la peste était officiellement déclarée à Karachi, l'autre grand port de l'océan Indien où s'embarquent les pélerins hindous pour la Mecque. Jusqu'au 30 décembre, on comptait 59 cas avec 55 décès. Actuellement on a enregistré 540 cas avec 498 décès.

Poona, séjour de villégiature pour les habitants de Bombay, est aussi atteint. Il y a eu déjà 87 cas de peste et 51 morts.

Les dépêches les plus récentes annoncent que les districts de Tanna et de Satara sont contaminés et qu'on a constaté des cas de peste dans le Sind.

Comment se fait la diffusion de la maladie? Le rôle des rats ne paraît pas plus douteux dans cette épidémie

que dans celle de Hong-Kong. Quelques recherches récentes faites par Hankin confirment celle de Yersin. Dans une maison, où étaient mortes deux personnes de la peste, on fit des recherches et on trouva plusieurs rats morts. L'ouvrier qui fut employé à cette recherche prit la peste et mourut. Dans cette même maison, Hankin ayant remarqué la présence d'un grand nombre de fourmis, qui venaient chercher leur nourriture sur les cadavres des rats, examina à leur tour ces fourmis et les trouva remplies de bacilles de la peste.

D'autre part, un mois avant que la peste éclatât à Bombay, on avait noté une mortalité extraordinaire parmi les rats qui mouraient par milliers. A Canton, lors de la dernière épidémie, on ramassa en quelques semaines plus de 22.000 cadavres de rats, et les rats disparurent complètement de certains quartiers pestiférés.

Dans un travail lu à la Société épidémiologique de Londres, le Dr Cantlie pose les conclusions suivantes : 1° que les rats atteints ou morts de la peste peuvent infecter d'autres animaux, comme les serpents ou les chacals qui dévorent leurs cadavres ; 2° que les rats sont toujours atteints d'une maladie semblable à la peste quand cette maladie règne épidémiquement chez l'homme ; 3° que le rat peut infecter l'homme, mais que le mode de contagion reste indéterminé.

Quant à la grande mortalité qui frappe les rats avant le développement de l'épidémie, on peut se demander si la peste frappe réellement les rats avant les êtres humains, ou bien si la période d'incubation est seulement plus courte chez eux que chez l'homme.

Et ce ne sont pas seulement les rats qui sont frappés, mais encore les cochons, les chiens, les chacals, les serpents, les pigeons, les poules.

Je dois dire cependant que, pour les pigeons, le Dr Surveyor qui avait affirmé leur infection par le bacille pesteux est aujourd'hui moins affirmatif à cet égard.

Quant aux vautours qui jouent le rôle de « croque-morts » dans les rites funéraires des Parsis, on dit à Bombay qu'ils refusent de toucher aux cadavres des sujets morts de la peste. Mais il est à craindre que ce ne soit là une opinion répandue par les Parsis qui redoutent qu'on n'interdise leur mode ordinaire de sépulture, c'est-à-dire l'exposition de cadavres dans les *Tours du silence* où les vautours sont chargés de les dévorer.

A Bombay, l'épidémie et l'exode général ont fait un tel vide que les Compagnies du gaz manquent d'ouvriers pour faire marcher leurs usines et que la ville est menacée de rester plongée dans l'obscurité. (*Médecine moderne.*)

---

## AVIS

M. le Dr Jousset père fera deux conférences *sur la « médecine générale »* à l'Institut catholique les *lundis* 1er *et* 8 *mars à* 5 *heures du soir.*

Lundi, 1er mars : Nature de l'homme et de la maladie.

Lundi 8 mars : De la cause et du traitement.

Entrée libre, rue d'Assas, 19.

---

*Le Directeur-Gérant* : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — Téléphone.

# L'ART MÉDICAL

MARS 1897

## REVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

### IPÉCA.

L'Ipéca, comme la Bryone, est un de nos médicaments les plus employés. Il a sur la Bryone l'avantage d'avoir été beaucoup plus étudié par l'école allopathique. Aussi les renseignements sur sa pathogénésie et sur sa thérapeutique sont-ils extrêmement nombreux. Plus qu'aucun autre médicament, l'Ipéca fournit une démonstration très nette de la loi de similitude, et, circonstance fort remarquable, c'est que cette démonstration ressort aussi bien des travaux des allopathes que de ceux des élèves d'Hahnemann. Dans les deux écoles, l'Ipécacuanha a été appliqué avec succès au traitement des bronchites, des broncho-pneumonies, de l'asthme, de la diarrhée, de la dysenterie et principalement des hémorragies. La pratique des deux écoles ne diffère guère pour l'emploi de l'Ipécacuanha que par les doses, et encore dans beaucoup de cas ces doses se rapprochent-elles beaucoup.

On pourrait donc penser que l'étude de ce médicament devrait fournir un terrain favorable pour le rapprochement des deux écoles. Mais nos adversaires, malgré l'évidence des faits pathogénétiques et cliniques, s'attardent

dans des explications hypothétiques à l'aide desquelles ils essaient d'expliquer par la loi des contraires l'action favorable de l'Ipécacuanha.

Nous verrons que l'Ipéca a, comme la Bryone, une action élective sur les bronches, les poumons et sur l'appareil gastro-intestinal ; mais il a une action absolument propre sur les hémorragies, sur les inflammations de l'œil ; et, au lieu de produire un mouvement fébrile continu comme la Bryone, il donne naissance à un mouvement fébrile intermittent, comparable à celui développé par le quinquina, l'arsenic et la noix vomique.

Nous commencerons l'étude de ce médicament par son action sur les bronches et sur le poumon, et nous aurons occasion de signaler les avantages de son association avec la Bryone.

*Action pathogénique de l'Ipéca sur les organes respiratoires.* — L'action de l'Ipécacuanha sur les organes de la respiration présente à étudier trois catégories de symptômes : symptômes sur le larynx, symptômes sur les bronches et le poumon, symptômes sur la respiration.

1° *Symptômes sur le larynx.* — L'Ipécacuanha produit sur le larynx deux symptômes, une dyspnée spasmodique et une toux suffocante. Ces symptômes ont été notés non seulement par Hahnemann, Hering et Allen, mais encore par d'autres médecins étrangers à notre école.

La dyspnée laryngée a été surtout notée après la respiration de la poudre d'Ipécacuanha aux doses les plus minimes. Cette dyspnée est un véritable étranglement. Elle s'accompagne d'*une toux suffocante* notée par tous les auteurs, « toux qui coupe la respiration jusqu'à la suffo-

cation » (Hahnemann, § 77), « toux suffocante pendant laquelle l'enfant devient raide avec la figure bleue au bout de dix heures (§ 78), toux provenant d'une sensation constrictive, de chatouillement qui s'étend de la partie supérieure du larynx jusqu'à l'extrémité inférieure des bronches » (§ 80).

Ces derniers symptômes ont été obtenus à l'aide de l'Ipécacuanha administré à l'intérieur à doses pondérables, mais faibles. Les symptômes laryngés ne sont donc pas toujours produits par l'action directe des poussières d'Ipéca.

Héring note des accès de suffocation comme par un corps étranger dans le larynx, des accès de toux comparables à la coqueluche, la toux avec suffocation. Il remarque que ces symptômes se montrent surtout la nuit.

*Des indications de l'Ipécacuanha dans les affections du larynx.* — A ne considérer que les symptômes produits par l'Ipécacuanha sur l'homme sain, ce médicament serait indiqué dans tous les cas où l'on observe une toux convulsive et suffocante: la coqueluche, la laryngite simple et striduleuse, le croup; et les médecins allopathes l'ont prescrit avec plus ou moins de succès dans toutes ces affections.

Dans notre école, nous réservons l'Ipéca pour d'autres états pathologiques; et nous ne le prescrivons guère que dans les cas où la toux qui lui est propre se montre dans le cours du rhume, au début de la coqueluche, à certaines périodes de la phtisie et enfin dans les cas de laryngite striduleuse avec menace de suffocation.

Le musc, dans le spasme de la glotte, le Drosera, le Cina, le Coralium et le Coccus Cacti dans la coqueluche, le Spongia dans les laryngites graves; le sérum de Roux et encore le Spongia dans le croup ont une puissance

curative beaucoup plus grande que l'Ipécacuanha et sont préférés par la généralité des homœopathes. L'association d'Ipéca et de Bryone préconisée par Teste n'a pas été justifiée par la clinique.

Les doses employées par les médecins homœopathes pour les différents cas que nous venons d'énumérer varient de la 1re trituration décimale à la 6e dilution. Mais quelques-uns d'entre nous se trouvent bien de prescrire l'Ipécacuanha à doses vomitives dans les cas graves de laryngite striduleuse.

2° *Symptômes sur les bronches et le poumon.*— Nous avons déjà vu que l'Ipéca produit chez l'homme sain des accès de toux suffocante et spasmodique. Ajoutons que la toux de l'Ipécacuanha est souvent incessante, sèche avec nausées et vomissements.

Les expérimentations sur les animaux nous fournissent des renseignements beaucoup plus précieux, et si les résultats de ces expériences sont contradictoires c'est qu'elles ont été faites dans des conditions différentes.

Si Pécholier, sur les lapins, a trouvé constamment les poumons exsangues, c'est que la mort a été produite très rapidement par une dose toxique d'émétine. Magendie et Pelletier, expérimentant sur des chiens avec des doses faibles, ont produit un empoisonnement lent et graduel et ont signalé l'existence de congestion pulmonaire très accentuée avec *foyers d'hépatisation multiples*. Dans les expérimentations d'Ornellas, l'état du poumon variait avec la durée de l'intoxication. Si le lapin mourait rapidement, les poumons congestionnés et ecchymosés surnageaient dans l'eau. Si l'intoxication était lente, les poumons étaient hépatisés et plus lourds que l'eau.

Hering parle de râles crépitants fins dans la poitrine, mais nous croyons que c'est là non un effet pathogénique mais bien un symptôme observé chez les malades.

Nous avons voulu vérifier l'action de l'Ipécacuanha sur les poumons des animaux. Nous nous sommes d'abord servi d'une solution d'émétine, principe actif de l'Ipécacuanha, mais comme cette substance est très peu soluble dans l'eau, nous avions une préparation peu active et qui, employée du 4 au 16 février, c'est-à-dire pendant douze jours, a produit seulement un peu de diarrhée et une élévation sensible de la température (40° à 40°1) au lieu de 39°5, température normale.

Le 16 février, nous avons injecté 0,05 centigrammes de sulfate d'émétine, préparation extrêmement soluble. La diarrhée s'est produite aussitôt et la température a baissé à 38°5.

Le lendemain, une pareille dose de 0,05 centigrammes a produit un état très grave. Respiration 128, pouls 112, température 36°, et le cobaye a succombé dans la journée.

*Autopsie.* — Pas d'épanchement dans les plèvres, ni dans le péritoine ; rate ramollie, foie pâle, caillot dans les ventricules et les oreillettes, pointe du cœur adhérente avec la plèvre. Les deux poumons sont le siège de noyaux d'hépatisation au nombre de cinq ou six. La partie hépatisée est noire, compacte, et gagne le fond de l'eau. L'examen microscopique et l'ensemencement fait avec les précautions antiseptiques habituelles ont démontré l'absence de microbes dans cette lésion. L'examen histologique a été confié à M. Lefas.

Voici le résultat de son examen : dans les poumons, lésion très intéressante. Congestion énorme des vaisseaux, avec, en deux endroits, effraction des globules rouges

dans l'intérieur des acinis. Dans les bronches, amas muqueux mais pas de desquamation des cellules épithéliales. Autour d'une bronche de gros calibre demi-manchon de cellules rondes embrionnaires.

Les cellules des acinis se colorent peu ou point ; elles sont desquamées en certains points, et parfois présentent deux noyaux ; au même niveau, cellules rondes renfermant des granulations de pigment noir. En somme, congestion avec *pneumonie épithéliale.*

*Indications de l'Ipécacuanha dans la broncho-pneumonie.* — Les lésions observées sur les animaux, les symptômes de toux incessante, de dyspnée poussée quelquefois jusqu'à un commencement d'asphyxie, la fièvre avec pâleur de la face, sont des phénomènes qui, d'après la loi de similitude, indiquent très certainement l'Ipécacuanha dans les cas de bronchite grave, quand l'inflammation s'est propagée au tissu pulmonaire et a donné lieu à cet ensemble de symptômes et de lésions désignés sous le nom de broncho-pneumonies.

Comme nous l'avons dit à propos de la Bryone, la clinique nous a conduit à associer l'Ipéca et la Bryone dans le traitement de cette maladie. Cette association médicamenteuse suffit presque toujours à terminer favorablement la processus morbide. Nous ne reviendrons pas sur les symptômes qui indiquent quelquefois la Pulsatille, l'Arsenic et le Carbo vegetabilis ; nous le repétons, ce traitement a une certitude presque mathématique non seulement dans la broncho-pneumonie essentielle, mais encore dans celle qui se développe sous l'influence de la rougeole, de la coqueluche et de la fièvre typhoïde.

Seule, la broncho-pneumonie de la grippe nous a donné quelques mécomptes. La dose dont nous nous servons con-

stamment est la sixième dilution en gouttes. Pourquoi dans ces cas aussi graves ne prescrivons-nous pas de préférence les triturations décimales d'Ipéca et la teinture mère de Bryone? Nous pourrions répondre simplement que nous n'aimons pas à changer une dose dont la réussite est pour ainsi dire constante. Nous ajouterons que les grandes doses d'émétine produisent sûrement l'ischémie du poumon, que des doses moins fortes déterminent la formation de noyaux d'hépatisation et qu'en vertu de la loi de similitude une dose faible se trouvera indiquée de préférence pour la guérison d'une lésion que produit déjà une dose faible.

3° *Dyspnée produite par l'Ipéca chez l'homme sain et les animaux.*— Chez les animaux, presque tous les observateurs ont noté le ralentissement du pouls et de la respiration, avec des doses toxiques. L'observation, chez l'homme, est extrêmement riche et reproduit les symptômes complets de l'accès d'asthme. La plupart de ces observations sont dues à la respiration accidentelle de la poussière d'Ipéca. Ce n'est pas seulement les pileurs d'Ipécacuanha et ceux qui manipulent cette poudre qui sont exposés à des accès d'asthme. Des observations absolument authentiques démontrent que la même action s'est produite chez certains sujets qui ressentent les effets des émanations de l'Ipéca pour avoir traversé une pièce dans laquelle on avait pesé cette poudre dans la journée ; d'autrefois cette action s'est propagée à travers les espaces libres comme une cour ou un jardin. Une autre personne était prise d'attaques d'asthme, quand cette opération se faisait dans la cave et cependant cette personne habitait le troisième étage. Un pharmacien avait une attaque d'asthme quand le

jeune homme chargé de pulvériser l'Ipéca entrait dans sa chambre.

Remarquons que ces observations et bien d'autres que nous ne rapporterons pas ici ont trait à des personnes qui presque toutes étaient asthmatiques et, par conséquent, prédisposées à éprouver les effets fâcheux des émanations de l'Ipécacuanha. Cependant un certain nombre n'éprouvent d'accès d'asthme qu'en présence de cette cause.

L'accès produit par l'Ipéca est typique : dyspnée violente, toux spasmodique, éternuement continuel, écoulement abondant par le nez d'un mucus clair et liquide, yeux injectés, face anxieuse et livide, etc.

*De l'indication de l'Ipéca dans l'asthme.* — L'Ipécacuanha a été employé dans le traitement de l'asthme et celui de l'accès.

*De l'Ipécacuanha pendant l'accès.* — L'Ipécacuanha est le médicament principal pendant l'accès d'asthme ; plus l'accès est intense, plus l'indication est formelle ; dyspnée violente, avec face anxieuse pâle ou livide, toux spasmodique et suffocante ; râles humides entendus à distance, anxiété énorme, besoin de l'air extérieur. Si vous joignez à ces symptômes caractéristiques des éternuements et un coryza fluent abondant, vous avez le tableau complet de l'indication de l'ipéca.

Mais ici la dose n'est point indifférente. Je me rappelle encore un cas qui, pour moi, fut fort instructif. Une femme de 40 ans, américaine, fut prise dans la nuit d'un violent accès d'asthme. Appelé près de cette malade dont l'état violent inquiétait son entourage, je restai près d'elle pendant plusieurs heures sans pouvoir obtenir le moindre soulagement. C'était à mes débuts en homœopathie. Je prescrivis successivement Ipéca, Belladone, Sambucus,

Cuprum, sans obtenir la moindre diminution dans les symptômes ; mais, fidèle aux premiers enseignements que j'avais reçus, je ne prescrivis à cette malade que la douzième dilution.

Gagné par l'inquiétude de la malade et de l'entourage, très découragé intérieurement de l'insuccès de ma thérapeutique, et cependant persuadé de l'indication de l'Ipéca, je prescrivis, pour la pharmacie la plus voisine : poudre d'Ipécacuanha 5 centigrammes, eau 200 grammes. J'administrai à la malade une cuillerée de ce mélange tous les quarts d'heure. Dès la seconde cuillerée l'amélioration se produisit ; à la quatrième cuillerée, l'accès était terminé.

Depuis lors, pendant l'accès d'asthme, j'ai toujours prescrit la première trituration décimale de 0,25 à 0,50 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée tous les quarts d'heure, et j'ai réussi toutes les fois que l'Ipéca était indiqué.

La Belladone et le Stramonium sont indiqués de préférence à l'Ipéca quand le spasme est très violent, les signes asphyxiques prononcés, mais surtout s'il existe une grande sécheresse du nez et de la gorge.

Sambucus est surtout indiqué contre les symptômes de l'asphyxie, quand il y a à peine de toux.

*De l'Ipéca dans l'intervalle de l'accès.* — L'Ipéca a été employé dans le traitement de l'asthme habituel et aussi dans celui de l'asthme périodique, dans l'intervalle des accès.

Müller dit que c'est le meilleur remède de l'emphysème avec dyspnée habituelle, avec toux sèche et spasmodique. Il faut se rappeler que l'Ipécacuanha produit chez l'homme en dehors des grands accès asthmatiques une

dyspnée habituelle avec *expiration longue et laborieuse*, une toux quinteuse excitée par un chatouillement qui s'étend de la racine des bronches à la gorge. Dans ces cas-là on sera autorisé à prescrire l'Ipéca.

Je ne me souviens point avoir prescrit Ipéca comme médicament unique dans le traitement de l'asthme habituel, je l'ai alterné souvent avec Arsenic, quelquefois avec Sulfur : un jour l'un, un jour l'autre, à la douzième ou à la sixième dilution.

J'ai obtenu la diminution de la dyspnée habituelle et chez quelques malades la cessation des accès.

4° *Action pathogénétique de l'Ipéca sur la production des hémorragies.* — C'est surtout avant et depuis Hahnemann qu'on a signalé la propriété hémorragipare de l'Ipéca. Le *Traité de matière médicale* contient à peine quelques symptômes : urines et selles sanguinolentes. Néanmoins, Hahnemann connaissait des faits d'hémorragie produits par l'Ipécacuanha signalés dans la tradition, car il dit textuellement : « L'Ipéca a pour action primitive de produire des hémorragies par tous les orifices du corps ; il provoque surtout des hémorragies utérines ; il guérit homœopathiquement toutes ces affections quand les autres symptômes sont analogues aux siens. » (Page 454, tome I.)

L'hémoptysie causée par l'Ipéca a été signalée par Humbert, Joffroy, James, Scott, Murray et Marcius ; l'épistaxis par Lemeri, Joffroy, Scott, Murray et Marcius, Les selles et les urines sanguinolentes ont été signalées par Scott. C'est aussi cet auteur qui a signalé la métrorrhagie. Depuis Hahnemann, beaucoup de médecins homœopathes ont signalé la propriété de l'Ipéca de produire des hémorragies et ont donné les caractères fort impor-

tants pour l'emploi de ce médicament. Ainsi, Constantin Hering signale les vomissements de sang semblables à du goudron, et parallèlement, les selles sanglantes, écumeuses, ressemblant à du goudron où à de la mélasse. Ces deux symptômes constituent une indication de l'Ipéca dans l'hématémèse suivie de mélæna. C. Hering signale encore l'hématurie, la métrorrhagie, l'épistaxis et l'hémoptysie.

*De l'indication de l'Ipéca dans les hémorragies.* — On se rappelle que c'est Helvétius qui introduisit l'usage de l'Ipécacuanha en Europe. Il appliqua ce médicament, alors secret, au traitement de la dyssenterie dont souffrait le Dauphin et obtint une guérison qui fit grand bruit. Depuis on a prodigué l'Ipécacuanha dans le traitement de la dysenterie ; mais Hahnemann a fait remarquer que ce médicament ne convenait que dans les cas où l'écoulement de sang était considérable, et les médecins homœopathes réservent avec raison l'Ipéca pour ce cas particulier.

*De l'Ipécacuanha dans les métrorrhagies.* — C'est surtout dans les métrorrhagies que l'Ipécacuanha a été employé avec succès tant par l'école homœopathique que par l'école allopathique. Et c'est principalement mais non uniquement dans les métrorrhagies des femmes enceintes ou en état puerpéral que l'Ipéca a donné le plus de succès. L'hémorragie est abondante, composée d'un sang liquide et rouge; elle s'accompagne de tranchées dans la région ombilicale, de refroidissement général avec grande faiblesse et pâleur de la face. S'il existe des nausées et même des vomissements, l'indication est encore plus positive.

*Hématémèse et entérorrhagie.* — L'Ipéca a été très souvent prescrit dans notre école pour ces hémorragies : pertes de sang énormes, lipothymie, quelquefois syncope

complète. Le sang vomi peut être rouge au début, plus tard il devient noir, poisseux et, comme dit Hering, semblable à de la mélasse.

Le sang rendu par les selles a toujours ce dernier caractère parce qu'il a subi un commencement de digestion dans l'intestin. Ainsi l'indication se tire ici de l'abondance de l'hémorragie et de la faiblesse excessive.

Ces hémorragies se rencontrent dans l'ulcère simple de l'estomac ou du duodénum, dans le cancer de l'estomac, dans les ulcérations de la fièvre typhoïde.

Quelquefois on se trouve bien d'alterner Phosphori acidum avec l'Ipéca.

*Hémoptysie.* — L'Ipécacuanha est indiqué dans les hémoptysies violentes, intenses, précédées d'un bouillonnement dans la poitrine.

Je me trouve bien d'alterner dans ces cas le millefolium avec l'ipéca.

L'ipécacuanha a encore été prescrit dans le traitement des *épistaxis* et des *hématuries*. La connaissance de l'action curative de l'Ipécacuanha dans les hémorragies en général est la raison de cette pratique.

Nous ne connaissons point de signe particulier propre à faire distinguer dans ces hémorrhagies les cas où l'ipécacuanha est indiqué de préférence aux autres médicaments et nous n'avons pas d'expérience personnelle sur ce point parce que dans le traitement de l'épistaxis comme dans celui de l'hématurie nous possédons des médicaments qui sont mieux indiqués.

*Doses.* — Les doses fortes sont ici indiquées et presque toutes les observations que j'ai lues ont été traitées par les premières dilutions ou par des gouttes de teinture mère.

Je préfère la première trituration décimale à la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes par jour.

5° *Action pathogénétique de l'Ipécacuanha sur l'appareil gastro intestinal.*—L'Ipéca a une action constante sur l'estomac et l'intestin. A dose suffisante, il produit des vomissements et des diarrhées et ce syndrome du vomissement et de la diarrhée est une des caractéristiques de l'action de l'Ipéca.

Ainsi les diarrhées produites par l'Ipéca s'accompagnent toujours, sinon de vomissements, au moins d'un état nauséeux.

Le vomissement de l'Ipéca est précédé pendant longtemps de malaise, de nausées, et de salivation abondante. Le vomissement est violent, il contient soit les matières alimentaires, soit les liquides de l'estomac, soit de la bile. Nous avons vu précédemment qu'il pouvait être composé de sang. Le vomissement de l'Ipéca s'accompagne d'un grand sentiment de faiblesse, d'un état presque lipothymique avec sueurs plus ou moins abondantes et grande tendance au sommeil.

Les selles sont claires, tantôt de couleur pâle, tantôt herbacées, d'autres fois recouvertes d'une écume verte. Elles peuvent contenir du sang; souvent indolores, elles peuvent s'accompagner de coliques plus ou moins violentes. Nous l'avons dit, les nausées et les vomissements sont l'accompagnement ordinaire de la diarrhée de l'Ipéca.

*De l'indication de l'Ipéca dans l'indigestion.* — L'Ipécacuanha est le médicament principal de l'indigestion. C'est le premier qu'il faille administrer ; le malaise, la pâleur, le refroidissement, les nausées avec salivation constituent l'indication de ce médicament. Tout à fait au début, nous

avons pu, à l'aide de l'Ipéca, arrêter l'indigestion et la guérir sans vomissement.

*Vomissements nerveux, vomissements incoercibles de la grossesse.* — Ici l'Ipéca n'est pas le médicament principal, mais lorsque l'état nauséeux continuel que nous avons décrit existe, si, en même temps, il y a de la diarrhée — ce qui n'est pas fréquent chez les personnes atteintes de vomissements nerveux — l'Ipéca est un médicament héroïque et je me rappelle encore l'étonnement d'un accoucheur célèbre quand il me vit guérir avec Ipéca des vomissements qui commençaient à l'inquiéter chez une femme enceinte.

*Indication de l'Ipéca dans le choléra.* — Le Veratrum a une action tellement sûre dans le traitement du choléra que je conseille de ne pas s'arrêter à prescrire l'Ipéca dans une maladie dont la marche est si rapide. Dans le *choléra infantilis* lui-même, quand la maladie est bien caractérisée, il faut prescrire le Veratrum immédiatement.

*Indication dans la diarrhée.*— L'Ipéca est le médicament du début et il suffit habituellement dans la forme bénigne. Dans la forme commune, il est bon de l'alterner avec *Chamomille* afin de calmer plus sûrement les douleurs.

*Doses.* — Dans les affections gastro-intestinales, il est nécessaire d'employer des doses fortes, soit la teinture mère, de trois à six gouttes dans vingt-quatre heures, soit la première trituration décimale.

6° *Symptômes fébriles pathogénétiques.* — L'Ipécacuanha est un des rares médicaments qui produisent un mouvement fébrile revenant par accès. Tantôt ces accès sont irréguliers, mais souvent ils sont réguliers, reviennent

tous les jours ou tous les deux jours dans la matinée. Ils sont composés de frissons, de chaleur et de sueurs, et ces trois stades présentent quelques caractères spéciaux. La soif n'existe pas pendant le froid. Quelquefois même elle n'existe jamais, étant remplacée par un sentiment de dégoût et de nausée. La chaleur est brûlante, mais elle alterne facilement avec de petits frissons. Souvent les extrémités sont froides et le corps chaud. La face, qui était très pâle pendant le froid, devient rouge pendant la chaleur et présente quelquefois le symptôme particulier d'une joue rouge et l'autre pâle. La sueur est abondante, quelquefois froide, gluante avec tendance à la lipothymie. Enfin quelquefois la sueur est partielle.

*Indication de l'Ipéca dans la fièvre intermittente.* — Nous ne parlerons que pour la condamner de cette médication absurde qui sous prétexte d'un état saburral commence toujours le traitement des fièvres intermittentes par l'administration de l'Ipécacuanha. Mais l'Ipéca, à dose petite ou infinitésimale, est un médicament qui guérit la fièvre intermittente quand les symptômes que nous avons énumérés plus haut se rencontrent chez le malade.

Nous avons eu rarement l'occasion de prescrire l'Ipéca contre la fièvre intermittente, par cette raison essentiellement pratique, que nous sommes presque mathématiquement sûrs de couper les accès récents de fièvre intermittente par une dose suffisante de Sulfate de quinine et que nous cédons habituellement à cette indication.

C'est donc quand le Sulfate de quinine a échoué que nous avons eu l'occasion d'employer l'Ipéca, et nous l'avons fait avec succès. Dans ces cas, la dose prescrite par nous a été la sixième et la douzième dilutions.

*Suette.* — Dans la suette où les nausées avec vomisse-

ments et évacuations alvines, la prostration, le refroidissement sont d'un si mauvais pronostic, l'Ipéca serait indiqué alterné avec l'Arsenic.

7° *Action pathogénétique de l'Ipécacuanha sur l'œil.*— Bretonneau et Pécholier ont insufflé de la poudre d'Ipécacuanha le premier dans l'œil d'un chien, le second dans l'œil d'un lapin. Cette poudre a donné naissance à une inflammation violente de la conjonctive.

Cette membrane est boursouflée et forme chémosis ; il y a une suppuration considérable. Le second jour de l'expérimentation la cornée est complètement trouble ; elle s'ulcère et se perfore. L'animal semble souffrir beaucoup. On a observé chez les ouvriers employés à pulvériser l'Ipécacuanha des conjonctivites plus ou moins intenses.

*Indication de l'Ipécacuanha dans la kératite.* — C'est surtout dans la kératite scrofuleuse avec ulcération superficielle de la cornée, rougeur et gonflement de la conjonctive, écoulement de larmes et de pus, photophobie considérable, douleurs s'irradiant dans le front et dans la tempe, qu'est indiqué l'Ipéca. Je le prescris à la première trituration décimale, 0,25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Si l'amélioration ne se montre pas promptement, j'augmente la dose de l'Ipéca que je porte à 0,40 et 0,50 centigrammes de la première trituration décimale.

Il est rare que cette médication ne produise pas au bout de un ou deux jours une amélioration considérable et bientôt une guérison complète. Cependant, dans les cas où l'affection a résisté à l'Ipéca, je me suis trouvé très bien d'alterner avec ce médicament *Apis mellifica* à la première trituration.

L'Ipéca me semble indiqué surtout par la violence de l'inflammation de la conjonctive et l'Apis mellifica par l'ulcération de la cornée.

Le docteur Hermel a relaté la guérison d'une *choroïdite* par l'Ipécacuanha à la première trituration décimale.

D^r^. P. Jousset.

---

## CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SOMMAIRE. — Néphrite grippale et néphrite essentielle. — Observation I. Néphrite grippale double, anurie, injection de liquide rénal, retour d'une broncho-pneumonie double et mort. — Brightique agonisant, oligurie, urémie, injection de liquide rénal, augmentation de l'urine. mort. — Observation II. Néphrite essentielle, ni grippe, ni maladie infectieuse, guérison par Aconit et Cantharis.

Pendant le mois de février nous avons eu dans nos salles deux malades atteintes de néphrite. Chez la première, la néphrite était double et s'était déclarée au cours d'une pneumonie grippale du plus mauvais caractère. Cette malade a succombé. L'autre malade était atteinte d'une néphrite du côté droit et, quoique son état était fort grave, elle a fini par guérir. Voici d'abord l'observation de la néphrite grippale :

*Grippe maligne, broncho-pneumonie, néphrite, anurie, injection de liquide rénal, mort.*

La nommée D..., âgée de 32 ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques, le 16 décembre 1896, et a été couchée au n° 1 de la petite salle.

Il y a quinze jours (1[er] décembre) la malade, qui avait ses règles, prit froid sur l'impériale d'un omnibus. Les règles s'arrêtèrent, la malade fut prise d'un frisson violent suivi de fièvre intense avec point de côté, dyspnée, expectoration visqueuse, grande prostration et, d'après le médecin qui la soignait en ville, tous les signes stéthoscopiques d'une broncho-pneumonie double.

Le jour de son entrée, probablement le 14[e] jour de sa maladie, l'état est extrêmement grave. La malade n'a pas uriné depuis quatre jours. Sa vessie est vide comme le démontre le catéthérisme. En même temps la malade accuse une douleur violente dans les deux régions rénales, douleur qui augmente par la pression et qui est plus marquée à droite.

Il y a donc ici une anurie complète due à une inflammation des reins. Voici les symptômes que nous relevons chez cette malade : prostration excessive, rétrécissement pupillaire, hypothermie, 36°9 le matin vomissements bilieux très fréquents. Les signes de la broncho-pneumonie ont presque disparu; pas de température, pas de toux, pas d'expectoration; quelques râles sibilants et ronflants dans la région moyenne et supérieure des deux poumons; quelques râles sous-crépitants avec de la submatité aux deux bases.

Le 17, 15[e] jour. — La malade n'a pas uriné. La palpation des régions rénales toujours très douloureuse, la température est à 36°9. Cantharis (3) et Belladone (3) prescrits la veille au soir sont continués.

Le soir, vomissements incessants Pas d'urines. Température 37°2. Même traitement.

Le 18, 16[e] jour. — La température est à 36°8 ; la prostration augmente, la malade vomit un peu moins, elle garde un peu de lait, la langue est fuligineuse.

On a recueilli quelques cuillerées d'urine sanguinolente, l'albumine est en quantité considérable, 25 grammes par litre. Il y a très peu d'urée. L'examen microscopique permet de constater de nombreux globules de sang et des cylindres rénaux.

Le soir, température 37°5. Même état. Même traitement.

Le 19, 17e jour de la maladie. — L'hypothermie est plus prononcée 35°5. Les vomissements sont incessants, l'alimentation impossible. On prescrit la deuxième dilution de Belladone et de Cantharis et des injections d'eau à 40° dans la vessie.

La malade émet quelques grammes d'une urine sanguinolente. Le soir la température est à 36°7.

Le 20 décembre, 18e jour de la maladie, la température est plus élevée le matin (37°). Par contre, le soir, elle n'est qu'à 36°,6. On prescrit X gouttes de Belladone teinture mère et une goutte de Cantharis teinture mère.

Le 21 décembre, 19e jour, l'état est sensiblement le même. On injecte sous la peau en deux fois XX gouttes de digitaline cristallisée dans 10 grammes d'eau. Le soir la température se relève à 37°8 et le pouls augmente de force.

Le 22 décembre, 20e jour, la température est à 37°, le pouls est bon, la malade n'a pas uriné, les pupilles sont toujours contractées. La langue et les gencives sont sanguinolentes. On prescrit Glonoïne (1re) II gouttes à prendre en quatre fois.

Température du soir (37°3).

Le 23 décembre, 21e jour de la maladie, la température retombe : 37° le matin, 36°8 le soir. L'abattement est profond, les yeux fermés, la malade répond difficilement aux

questions. Les vomissements sont devenus aussi fréquents qu'au début. Injection sous-cutanée de 8 centimètres cubes de liquide rénal.

Le 24 décembre, la température est montée à 37°7. Le pouls est fort et bat à 80. La malade a uriné un peu plus de 100 grammes. Elle est toujours très prostrée, les vomissements continuent. Hoquet intermittent, gencives et langues fuligineuses. On injecte en deux fois 14 centimètres cubes de liquide rénal.

Il est à remarquer que la malade a beaucoup toussé dans la nuit, que les râles sous-crépitants ont reparu aux deux bases, que la malade a expectoré des crachats sanguinolents contenant des pneumocoques et qui, inoculés à une souris, ont déterminé la mort en 24 heures.

Le 25 décembre, 23° jour. La malade a uriné près de 300 grammes. Cette urine, quoique sanguinolente, ne contient guère que 5 à 6 grammes d'albumine par litre.

Malgré le rétablissement de la fonction urinaire, l'état de la malade s'est aggravé mais s'est complètement modifié. La fièvre est incontestable, température 38°2. Pouls 90, très fort. Râles-sous crépitants dans la moitié inférieure des deux poumons, grande prostration, hoquet et vomissements.

On prescrit à la malade, Lachésis (6) et Bryone (6) alternés. Continuer les injections du liquide rénal, 8 centimètres cubes.

Le 26 décembre, 24° jour. L'état va s'aggravant, les urines se suppriment de nouveau et la malade meurt dans la nuit.

Plusieurs choses doivent attirer notre attention dans cette observation. Au point de vue pathologique, la suppression presque complète de la broncho-pneumonie double pendant la période d'état de la néphrite, puis le

retour des signes stéthoscopiques et de la fièvre quand l'affection rénale s'est améliorée; l'anurie prolongée accompagnée de symptômes urémiques constituent un processus morbide qu'il est rare d'observer.

Cette malade nous avait été adressée comme atteinte d'une double pneumonie grippale et, quand nous l'avons examinée, elle ne toussait pas ; l'auscultation faisait percevoir des râles sibilants mêlés de quelques râles sous-crépitants très rares, il existait un peu de matité à la base. La température était au-dessous de la normale et cette hypothermie était en rapport avec l'affection actuelle de la malade, cette affection caractérisée par l'absence complète de sécrétion urinaire depuis quatre jours, la contraction punctiforme des pupilles et des vomissements incessants. Quelques cuillerées d'urine sanguinolente recueillies les jours suivants permirent de constater une quantité d'albumine estimée à 26 grammes par litre.

Les médicaments indiqués dans ce cas grave étaient d'une part la digitale répondant à l'anurie puis la belladone et la cantharide indiquées par l'inflammation des reins.

Il fallait aussi songer à nourrir la malade dont les vomissements incessants constituaient un obstacle presque insurmontable. Le lait coupé d'eau de seltz et refroidi à la glace fut administré par cuillerées, et, malgré ces précautions, la malade en gardait fort peu.

Les médicaments ordinaires n'eurent absolument aucune action. Le danger provenant de la suppression des urines devenait de jour en jour plus menaçant. Je me décidai alors à faire deux fois par jour des injections de *liquide rénal*, et, sous l'influence de ce médicament, nous pûmes constater une augmentation assez notable de la

quantité des urines en même temps que l'analyse chimique nous révélait une grande diminution de l'albumine.

C'est à ce moment que rapidement la température se releva, dépassa 38° en même temps que le pouls devenait fréquent. La malade toussait fréquemment, expectorait assez abondamment des crachats rouillés dans lesquels il était facile de constater la présence du pneumocoque. L'auscultation nous montrait en même temps une double broncho-pneumonie accompagnée de râles sous-crépitants fort abondants.

L'état de la malade s'aggravait d'heure en heure et malgré le Lachésis, elle mourait quarante-huit heures après le retour de la broncho-pneumonie.

Quelques jours après, nous reçûmes dans la salle des hommes un vieux brightique presque mourant et anurique. L'injection du liquide rénal augmenta notablement chez ce malade la sécrétion urinaire, mais sans parvenir à arrêter la marche fatale de la maladie : il succomba dans l'asphyxie.

En résumé, le liquide rénal fut employé dans deux cas désespérés. On ne peut constater qu'une chose, c'est qu'il augmenta la sécrétion urinaire et fit disparaître, au moins chez la femme, les symptômes d'urémie.

Voici maintenant l'observation de la seconde malade :

Mlle X..., âgée de 19 ans, blanchisseuse entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 5 février 1897, fut couchée au lit n° 13 de la grande salle. Cette fille n'a aucun antécédent héréditaire. Comme antécédent personnel, nous devons retenir que les fatigues de son état de lavandière ont plusieurs fois déterminé chez elle des douleurs lombaires qui la forçaient de garder le lit pendant deux et trois jours.

Le 3 février elle dut s'aliter avec des frissons violents, de la fièvre et de grandes douleurs dans les reins.

5, 2e jour. Cette fille a les apparences de la force, elle est rouge et grasse, elle est dans un certain degré de prostration, langue sèche et rouge sur les bords, douleur spontanée dans la région du rein droit, la palpation de cette région exaspère beaucoup les douleurs et arrache des cris à la malade. La température atteint 40°2.

6, 3e jour. La prostration est complète ; les douleurs dans la région du rein ont même caractère qu'hier. La palpation et la percussion ne font pas reconnaître d'hydronéphrose. Miction un peu douloureuse, urine très diminuée, 500 grammes, rougeâtre avec un dépôt considérable. L'analyse de l'urine permet de constater des tubes du rein, quelques globules de pus et de sang et 6 grammes d'albumine par litre. La température est de 40° le matin et de 40°5 le soir. Aconit teinture mère X gouttes, régime lacté.

7, 4e jour. La température est tombée à 38°5, la prostration est un peu moins grande, la douleur est toujours très forte et contraint la malade à rester couchée sur le côté gauche ; les urines, encore rares, présentent les mêmes caractères. Diarrhée verdâtre pour laquelle je prescris Muriatis acidum 3e III gouttes.

La température s'élève à 39° le soir.

8, 5e jour. La température est à 38°3. Les douleurs spontanées sont moins vives, elles sont toujours très fortes par la palpation profonde. Les urines sont comme la veille. Je fais alterner Cantharis (6) II gouttes et Belladone (6) II gouttes. Toujours le régime lacté. Le soir, la température est à 38°8.

9, 6e jour. Grand amendement. Chute de la fièvre

(37°6), moins de douleur, les urines ont doublé, elles sont moins sédimenteuses. Le soir, la température remonte à 39°, mais la malade a mangé un peu de viande.

10, 7e jour. Véritable rechute, température 39°2. Douleur très violente dans la région lombaire droite. Urine tombée à 500 grammes. Teinture d'Aconit XXX gouttes. Retour au régime lacté. Le soir la température atteint 39°6.

11, 8e jour. Le mouvement fébrile diminue, 38° ce matin. La malade souffre moins. La température du soir est encore à 38°4.

12, 9e jour. Chute définitive du mouvement fébrile (37°4), douleur beaucoup moindre, urine plus abondante et plus claire. Cantharis (6) II gouttes. Lait et potage. Température du soir 37°.

13, 10e jour. Grande amélioration. Urine très abondante et très claire, présente encore quelques traces d'albumine et quelques tubes du rein, la température est à 36°9. Nous continuons Cantharis et on augmente la nourriture de la malade.

Jusqu'à la sortie de la malade, arrivée le 3 mars, température restée entre 36°8 et 37°. Les douleurs sont complètement passées et l'analyse des urines faite le 1er mars a permis de constater l'absence complète d'albumine.

Au cours de la maladie, le diagnostic étant encore incertain, nous avons recherché le bacille de la grippe dans une goutte de sang prise d'une manière aseptique à l'un des doigts de la malade. Les cultures sur sérum sanglant, comme le microscope, ont démontré l'absence du bacille de la grippe.

Ce cas pathologique offre un grand intérêt au point de vue de l'histoire des néphrites : la cause de la maladie,

un refroidissement, l'ensemble des symptômes, l'intensité du mouvement fébrile, la diminution de la sécrétion urinaire, le sang, l'albumine en grande quantité (6 grammes par litre), la présence des tubuli, la douleur intense, absolument localisée à la région du rein droit, l'évolution et la durée de la maladie, sa terminaison par une guérison complète, ce processus de symptômes et de lésions nous semble caractériser une *néphrite essentielle*.

Mais cette néphrite existe-t-elle? Nous avons mis son existence en doute dans nos *éléments de médecine pratique* et les nombreux travaux de ces dernières années ont encore obscurci la question.

Le cas de notre malade ressemble à ce qu'on décrit habituellement sous le nom de *néphrite a frigore*, de *néphrite catharrale*. Mais l'hydropisie qui accompagne constamment ces néphrites fait complètement défaut dans notre cas particulier.

On nous objectera, je le sais, que les néphrites sont généralement dues à *une infection*. Nous trouvons qu'on abuse trop de cette explication, et le raisonnement suivant : les néphrites sont dues à une infection et, si vous ne la trouvez pas, c'est que vous avez mal cherché, est un raisonnement absolument systématique et avec lequel on a réponse à tout.

Notre malade n'avait eu ni la scarlatine, ni la diphtérie, ni la fièvre typhoïde. Enfin elle n'avait pas la grippe puisqu'elle ne possédait pas le bacille pathogène de cette maladie. J'ajoute que sa néphrite siégeait dans un seul rein tandis que dans les néphrites infectieuses les deux reins sont habituellement pris, comme chez la malade de la première observation.

De tous ces faits, et jusqu'à preuve du contraire, nous

concluons que cette malade a été atteinte d'une *néphrite essentielle.*

Quant au traitement, nous attirons votre attention sur deux médicaments : l'Aconit indiqué par la violence de la fièvre et que nous avons prescrit à la dose de XX et XXX gouttes par jour ; la cantharide indiquée par l'inflammation rénale a eu une action très satisfaisante.

Je vous ferai remarquer que je l'ai donnée à dose très faible, la 6e dilution, parce que dans les maladies des voies urinaires, l'usage de la cantharide est souvent accompagné d'aggravation médicamenteuse.

Vous devez encore remarquer qu'une alimentation prématurée a déterminé une rechute le septième jour de la maladie. Notons encore que la disparition complète de l'albumine après trois semaines de maladie est un signe très rassurant pour l'avenir.

Dr P. Jousset.

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### VARIABILITÉ DU PRONOSTIC DES AFFECTIONS OCULAIRES SUIVANT L'AGE OU ELLES ÉVOLUENT

Je ne sais si le fait auquel je vais faire allusion se vérifie aussi fréquemment en médecine générale qu'en oculistique, mais en ce qui concerne les affections oculaires, il me paraît hors de doute que la gravité du pronostic à porter sur un symptôme ou une lésion, quels qu'ils soient du reste, est presque toujours en raison directe de la rareté de ce symptôme ou de cette lésion eu égard à l'âge du malade.

Un exemple fera mieux comprendre ce que je veux

dire : tout le monde connaît la kérato-conjonctive dite phlycténulaire ou pustuleuse. Aujourd'hui que, grâce aux progrès de l'antisepsie obstétricale, l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est devenue une exception, on peut dire que la phlyctène conjonctivale ou cornéenne est, de toutes les affections oculaires, celle qu'on observe le plus fréquemment chez l'enfant ; j'ajouterai que sa bénignité, absolue lorsqu'elle n'intéresse que la muqueuse, est relativement très grande lorsqu'elle envahit la cornée.

Supposons maintenant qu'au lieu de rencontrer la kérato-conjonctivite phlycténulaire chez un enfant, nous l'observions chez un adulte ou un vieillard, malgré que la lésion reste identiquement la même, en tant qu'éléments constitutifs et comme aspect, le pronostic varie immédiatement et devient relativement plus grave.

Cela tient à ce que l'affection est, si je puis m'exprimer ainsi, dépaysée ; qu'elle ne se développe pas sur son terrain habituel et qu'elle évolue dans des conditions toutes différentes de vascularisation moins souple, de tissus plus denses et d'endosmo-exosmose moins facile. La viciation originelle (anémie, scrofule, rachitisme ou syphilis) se retrouve bien, il est vrai, chez l'adulte ou le vieillard comme chez l'enfant, mais chez les premiers elle se complique d'un je ne sais quoi, sans nom déterminé, mais qui existe bien réellement et qu'on retrouve du reste dans toutes les formes dites anormales des maladies.

Alors que la conjonctivite phlycténulaire des enfants dure quelques jours à peine, celle des adultes et des vieillards traîne durant des semaines. Quant à la kératite pustuleuse qui, neuf fois sur dix, lorsqu'elle est bien soignée du moins, disparaît chez l'enfant sans laisser de traces, il est rare que, chez l'adulte, elle ne détermine pas

des leucomes profonds, et plusieurs fois, chez le vieillard, je l'ai vue dégénérer en ulcération grave avec perforation cornéenne.

Ce que je viens de dire de la kérato-conjonctivite phlycténulaire peut également s'appliquer aux kératites parenchymateuses et interstitielles, apanage presque exclusif de la seconde enfance,et qui, lorsqu'elle se montre à un âge plus avancé, joint à une chronicité désolante des tendances presque insurmontables à la sclérose cornéenne indélébile. Entre autres cas de cette nature, j'ai souvenance d'un comptable de 48 ans, chez lequel une kératite interstitielle syphilitique détermina, en dépit de tous mes soins et de toutes les médications appropriées, un double leucome tel qu'il dut abandonner la profession qui jusqu'alors l'avait fait vivre.

Qu'on ne croie pas cependant que l'aggravation augmente toujours proportionnellement avec l'âge du sujet. Si les affections de l'enfance proprement dite acquièrent une gravité plus grande chez l'adulte ou le vieillard, il arrive aussi fréquemment que des lésions d'adultes, si je puis m'exprimer ainsi, revêtent un caractère plus dangereux lorsqu'elles se développent chez l'enfant. Toujours question d'inhabitude et de dépaysement. Comme preuve de cette seconde assertion, je citerai un cas bien topique, dont je viens d'être témoin chez une petite malade.

Mlle Germaine T..., âgée de 15 ans, m'est amenée le 2 octobre par sa grand'mère. Cette enfant, — elle n'est pas encore réglée, — se plaint depuis une huitaine environ de douleurs qu'elle localise au centre du globe oculaire et qui, s'irradiant vers la tempe et le front, la font énormément souffrir et lui enlèvent tout sommeil.

A l'éclairage oblique, je constate une iritis à forme

plastique telle qu'on l'observe assez fréquemment chez les syphilitiques adultes. Le liseré cuivré du petit cercle irien fait défaut, mais la coloration de cette membrane a passé du bleu clair au vert céladon en même temps que toute sa surface antérieure se hérisse d'élevures irrégulières, mal délimitées pour la plupart.

L'iris, du reste, est paresseux et réagit mal, tant aux incitations lumineuses qu'aux efforts d'accommodation. L'instillation d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne au 1/20 n'amène qu'une dilatation insignifiante, la sécrétion uvéale ayant, depuis plusieurs jours déjà sans doute, provoqué la formation de synéchies postérieures assez étendues. L'acuité visuelle est très faible : 1/20 tout au plus, ce qui tient à ce que l'ouverture pupillaire est obstruée par des exsudats grisâtres offrant à l'ophtalmoscope plan de Coccius l'aspect d'une irrégulière et très mince toile d'araignée. Néanmoins les milieux de l'œil sont encore perceptibles à un fort éclairage et je puis m'assurer que la chorioirétine est complètement normale.

Interrogée sur les antécédents de la petite malade, la grand'mère qui me l'a amenée m'apprend que le père est mort paralysé à 40 ans et que la mère n'a jamais joui d'une santé bien florissante. Depuis plusieurs mois déjà, elle a considérablement maigri et elle tousse beaucoup. Il m'est, on le comprend, difficile de pousser bien avant la recherche des tares familiales, mais ayant tout d'abord écarté l'hypothèse d'une étiologie rhumatismale que rien ne justifie, j'hésite entre une iritis tuberculeuse et une iritis se manifestant comme accident tardif d'une syphilis constitutionnelle. L'enfant est chétive, malingre, de peau très blanche avec une assez maigre chevelure rousse. Elle offre tous les caractères de la dentition d'Hutchinson, mais

c'est en vain que je recherche l'existence de ganglions cervicaux postérieurs. En revanche, elle présente deux petits ganglions indurés à la région mammaire droite, en même temps que la palpation du cou fait reconnaître un double chapelet d'adénites cervicales antérieures.

Conjointement avec le sulfate d'atropine donné sous forme de collyre, en vue de rompre les synéchies existantes, je prescris à l'intérieur *Calcarea Carbon* 12° et *Kali hydriodicum* à la 3° trituration centésimale. Huit jours après, la malade revient et j'ai le regret de constater que les phénomènes, loin de s'amender, se sont considérablement aggravés. Les douleurs sont moins violentes, il est vrai, mais l'iris est manifestement en voie de désorganisation. A la partie inféro-externe de cette membrane, je remarque une nodosité gris verdâtre très proéminente. Qu'est-ce que ce néoplasme? S'agit-il d'une tumeur maligne, d'un sarcome comme ceux dont le professeur Panas a tout récemment décrit une forme précoce? ou avons-nous affaire à un tubercule irien?

Tout semble exclure la première hypothèse et tout, au contraire, s'accorde pour justifier la seconde. Comme pour dissiper les doutes que j'eusse pu conserver encore, la jeune fille eut, pendant la consultation, une petite toux sèche sur laquelle je crus devoir appeler l'attention de la grand'mère. Malgré que cette toux lui fût, paraît-il, habituelle, j'insistai pour qu'on la fît sérieusement ausculter par son médecin ordinaire. Le résultat de l'examen fut tel que je le craignais : les deux sommets se trouvaient pris et je n'eus plus la moindre hésitation sur le pronostic défavorable tant de l'affection oculaire que de la maladie générale qui lui avait donné naissance.

Depuis, cette jeune fille, sur le conseil du médecin, a

été emmenée dans le Midi, et je ne l'ai plus revue ; mais le cas m'avait frappé, me prouvant une fois de plus combien les affections oculaires gagnent en gravité, lorsqu'elles surviennent anormalement, autrement dit, à une époque de la vie où elles ne sont pas habituelles.

Comme le faisait tout dernièrement encore remarquer mon excellent collègue, le Dr Coppez (de Bruxelles) qui, dans la « *Clinique ophtalmologique* » relatait un cas tout semblable : « Si l'on voit survenir une iritis chez un jeune sujet, il est bon d'être réservé dans son diagnostic et dans son pronostic ; il faudra toujours penser à la tuberculose ; il faudra en outre bien se pénétrer de cette idée qu'une iritis chez une enfant est toujours grave. Il en est des iritis comme de bien d'autres affections qui, se développant à un âge où elles ne sont pas ordinaires, prennent par là même un cachet de gravité exceptionnelle. »

Comme autre preuve de ce que j'avance je rappellerai, faisant appel au souvenir de mon ami le Dr Marc Jousset, combien triste fut l'évolution d'une iritis que nous constatâmes, il y a sept à huit ans, chez une petite malade de sa clientèle. Apparue soudainement comme conséquence médiate d'une scarlatine vulgaire, l'affection prit en peu de semaines un caractère de gravité tel que, faisant taire toute considération d'esthétique, je dus tenter une iridectomie libératrice qui, du reste, n'amena qu'une amélioration toute passagère. Evoluant avec une sûreté de destruction en quelque sorte fatale, cette iritis en vint rapidement à provoquer une phtisie du globe, et comme il s'ensuivait une déformation de l'orbite, déformation qui menaçait d'être bientôt incorrigeable, j'en fus réduit à la triste nécessité de conseiller et d'exécuter

l'ablation, par la méthode de Critchett, du segment antérieur du globe et le port consécutif d'un œil artificiel.

Je pourrais multiplier indéfiniment ces exemples. Qu'il me suffise, pour terminer, d'appeler votre attention sur deux cas où l'on peut avoir sinon à aggraver, du moins à réserver son pronostic.

Le premier est l'hémorragie sous-conjonctivale, accident excessivement fréquent chez l'enfant à la suite d'efforts de toux, notamment dans la coqueluche, et dont le pronostic est, comme chacun sait, des plus bénins, la tache sanguine, terreur fréquente des mères, disparaissant le plus souvent en quelques jours, sans que l'on ait besoin d'instituer la moindre médication. Observez-vous, au contraire, une hémorragie sous-conjonctivale chez un adulte ou un vieillard, vous pouvez être à peu près certain qu'en cherchant bien vous trouverez chez votre malade de l'artério-sclérose assez accusée, des lésions cardiaques ou la menace très imminente d'altérations graves des méninges ou du cerveau.

Soyez donc, en pareil cas, très réservé dans le pronostic sinon de l'accident en lui-même, du moins des lésions premières qui en ont été la cause.

Le deuxième symptôme sur lequel je désire appeler l'attention est le strabisme. Alors que chez l'enfant de 3 à 5 ou 6 ans, où il acquiert une fréquence extrême, son apparition indique tout au plus un vice, parfois léger, de réfraction, ou le retentissement, comme phénomène réflexe, d'un état nerveux souvent banal, tel qu'en provoquent la dentition ou les vers intestinaux, chez l'adulte et même chez l'adolescent, le strabisme ne doit jamais (à moins de circonstances toutes spéciales, telles qu'un coup de froid par exemple) être considéré comme une affection négligeable.

Souvent, en effet, le strabisme n'est que le premier stade d'une maladie grave, telle qu'un tabes dorsalis, une hémorragie méningée, un anévrysme des artères basilaires ou, ce qui est plus terrible encore, un néoplasme intra-cranien entraînant presque toujours la cécité et quelquefois la mort.

L'observation suivante en est la preuve. Il y a quatre ans environ, un vieil ami de notre famille vint nous présenter une adorable jeune fille de 16 ans, orpheline que sa femme et lui venaient d'adopter et qu'ils avaient fait venir de Rodez à Paris. Un mois après sa première visite, mon ami G... vint me demander un conseil : sa pupille dormait mal, avait des céphalalgies fréquentes et de plus était très énervée. « C'est au point, me dit-il, que souvent elle en arrive à loucher. » Je ne sais pourquoi, mais à ce mot de strabisme, j'eus peur. « Amène-moi ta pupille, lui dis-je, je l'examinerai. » Je l'examinai ; à ce moment il *n'y avait absolument rien* à l'ophtalmoscope et l'acuité visuelle était égale à 1. — Néanmoins, je ne désarmai pas : « Ramène-la moi encore dans huit jours, lui dis-je. »

Par quelle raison ne put-il pas le faire, je ne sais ; toujours est-il que quand, quinze jours plus tard, je revis la jeune fille, je constatai des signes absolument nets de névro-rétinite néoplasique. J'éloignai la malade sous un prétexte quelconque et dis à mon pauvre ami : « Dans un mois, ta pupille sera aveugle, et j'ai bien peur que dans trois mois, elle ne soit morte. »

Attéré par ce verdict et ne voulant pas y croire, il me demanda une consultation médicale que naturellement j'acceptai. Nous allâmes voir le Dr Abadie, qui fut malheureusement du même avis que moi.

Un mois après, presque jour pour jour, la pauvre enfant était aveugle, et trois mois ne s'étaient pas écoulés que, de Rodez où on l'avait transportée, je recevais la nouvelle de sa mort.

Conclusion : méfiez-vous des strabismes survenant en dehors de la première enfance. Parfois ils sont bénins, c'est vrai ; mais trop souvent aussi, ils sont l'avant-coureur d'affections redoutables.

Dr Daniel Parenteau.

---

DE LA LARYNGITE AIGUE GRAVE

Nous avons décrit depuis longtemps la *forme grave de la laryngite aiguë* ; dans l'*Art médical* M. le Dr Regnault (de Rennes) a donné les signes qui permettent de différencier cette affection du croup diphtéritique et il a publié des cas de guérison par *Spongia tosta* à la 6e dilution.

Dans notre traité des *Maladies de l'enfance* nous en avons donné la description suivante :

Cette forme peut être mortelle ; elle débute par un mouvement fébrile violent avec douleur laryngée et toux rauque ; la voix se prend, devient rauque, puis aphone ; on observe ensuite une dyspnée intense et un sifflement laryngo-trachéal. Les auteurs signalent la rareté des accès de suffocation dans cette forme et se basent sur leur absence pour établir le diagnostic avec le croup. Chez un enfant qu'il nous fut donné d'observer de près, il y a eu des accès de suffocation violents, mais qui présentèrent une particularité pendant les premiers jours de la maladie, c'était de n'avoir lieu que la nuit ; plus

tard, ils survinrent aussi pendant le jour, mais presque toujours après un moment de sommeil. L'enfant guérit du reste. Nous avons pensé qu'il s'était joint à sa laryngite grave un certain degré d'œdème de la glotte.

Lorsque la maladie doit se terminer par la mort les traits sont très altérés, la dyspnée augmente, le pouls devient très petit, on observe souvent du délire et des convulsions, et la mort arrive vers le septième ou le huitième jour.

Lorsque la guérision doit avoir lieu, les symptômes de dyspnée s'amendent, la toux devient grasse avec expectoration abondante. L'aphonie persiste quelquefois longtemps après la guérison.

Il nous a été donné d'en observer 2 cas cette année, l'un au commencement de janvier qui s'est terminé par la mort, l'autre dans le courant de février qui a guéri.

Avant de donner la relation de nos deux observations nous voulons reproduire un article de notre ancien collègue Variot sur le même sujet (1).

Nous avons eu, à la fin du mois de novembre et au commencement de décembre 1896, une série, je pourrais presque dire, une petite épidémie de faux croups graves. Une douzaine d'enfants atteints de laryngite suffocante non membraneuse, avec spasme glottique extrêmement intense, sont entrés dans mon service, et ont dû être tubés.

Nous avons été d'autant plus frappés de la multiplicité de ces faux croups graves, que nous n'avons reçu, à la même époque de l'année, qu'un nombre restreint de croups

(1) Sur les caractères cliniques du faux croup grave. *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, 17 déc. 1896.



diphtériques membraneux, avec bacilles de Lœffler, moyens ou longs, constatés dans les cultures sur sérum.

Durant ces trois derniers mois, le mouvement des vrais diphtériques, avec détermination pharyngée ou laryngée, est réduit de plus d'un tiers, au pavillon Bretonneau, par rapport au mouvement de l'an dernier, dans la même saison.

C'est surtout dans les mois d'hiver que j'ai observé le faux croup grave, pendant les deux années que j'ai eu la direction du service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. En été et au printemps, nous recevons à la section des douteux quelques enfants atteints de laryngite suscepte non diphtérique, mais il est exceptionnel que les phénomènes spasmodiques soient assez intenses pour que nous soyons obligés de placer un tube dans le larynx. Au contraire, dans la mauvaise saison les laryngites suffocantes prennent un caractère de gravité tel qu'elles ne le cèdent en rien, à ce point de vue, au croup diphtérique. Sur nos douze faux croups graves tubés, trois sont morts et un quatrième enfant ayant rejeté le tube avec persistance et étant pris après chaque rejet du tube, d'un spasme menaçant, a dû être trachéotomisé. Huit jours après la trachéotomie, il est impossible d'enlever la canule sans que le spasme laryngien ne se reproduise plus ou moins vite. On a tenté de replacer un tube pour dilater les cordes vocales et pour permettre d'enlever la canule. Nous ne pouvons rien préjuger sur l'avenir de cet enfant. Je me crois donc autorisé à dire, tout au moins pour cette petite épidémie, que les chances de mort ne sont pas moindres dans le faux croup que dans le croup diphtérique.

Il est absolument impossible par l'étude la plus atten-

tive des phénomènes de suffocation de distinguer le faux croup du vrai croup. Le spasme phréno-glottique a les mêmes caractères dans les deux cas, les dépressions cervicales et thoraciques sont également accentuées, le cornage est aussi bruyant, la gêne respiratoire, la cyanose sont aussi grandes, le pouls paradoxal est aussi fréquent, la nécessité de l'intervention opératoire est aussi urgente.

L'action de la vapeur d'eau est impuissante à apaiser les phénomènes spasmodiques. Le spasme phréno-glottique est tellement violent qu'on doit tuber les enfants en hâte.

Fait bien singulier, il m'a paru que tous les enfants atteints de faux croup grave qui ont survécu avaient un spasme laryngien plus opiniâtre, plus tenace, plus résistant au tube à demeure que les vrais croups diphtériques membraneux. J'ai essayé chez l'un d'eux de pratiquer la dilatation extemporaire, mais, après dix minutes, le tirage et la suffocation avait recommencé et j'étais obligé de replacer un tube à demeure. Tous les matins, après vingt-quatre heures, au moment de la visite, ces enfants étaient détubés, par énucléation, pour nous assurer s'ils pouvaient se passer de tube, si le spasme glottique avait cessé. Presque toujours on devait remettre le tube à demeure au bout d'un quart d'heure, d'une demi-heure, etc., et cela pendant huit ou dix jours. Or, il est exceptionnel que les croups diphtériques traités par le sérum doivent conserver le tube plus de deux à trois jours.

Ce n'est donc pas sur les caractères spéciaux des phénomènes de suffocation que nous devons nous appuyer pour distinguer le faux croup grave, du vrai croup.

Il faut rechercher avec le plus grand soin, dans le

pharynx, sur le vestibule du larynx, sur l'épiglotte, dans les fosses nasales, à la vulve, sur la peau les vestiges membraneux qui constituent l'empreinte par excellence de la diphtérie. Au moment de l'introduction du tube, on doit examiner les mucosités rejetées par l'enfant; le moindre débris membraneux bien net, mêlé à l'expectoration, prend une importance d'autant plus considérable que les cultures faites avec le mucus pharyngien donnent des résultats incertains et pourraient même induire en erreur.

Chez presque tous nos enfants atteints de faux croup, l'examen bactériologique des cultures sur sérum ensemencées avec le mucus pharyngien a montré des colonies de bacilles courts. Si nous n'avions pas fait l'examen microscopique de trois de nos petits malades après un séjour de moins de quarante-huit heures dans nos salles, nous pourrions conserver quelques doutes sur la nature diphtérique des accidents laryngés, après la constatation du bacille court. Nous pourrions supposer qu'il s'agissait peut-être de croup d'emblée, sans manifestations membraneuses laryngées ou nasales.

Mais dans les trois autopsies, nous n'avons relevé aucune apparence de membrane, ni dans le larynx, ni dans l'arbre trachéo-bronchique.

Il est donc bien avéré que le bacille court, sur la nature et la spécificité duquel les bactériologistes sont encore loin de s'entendre, ne nous fournit aucune indication certaine sur la nature du processus laryngien en évolution. Nous ne sommes nullement autorisés à poser le diagnostic de croup d'emblée, lorsque nous sommes en présence d'une laryngite suffocante, sans aucun vestige membraneux, alors même que nous obtenons des cultures

de bacilles courts avec le mucus pharyngien. Beaucoup d'enfants ont normalement du bacille court dans le pharynx à l'état de santé; le fait est admis par tous les bactériologistes et les cliniciens.

La constatation de ce bacille dans les pharyngites ne donne pas de signe certain pour établir notre diagnostic: il en est exactement de même pour les laryngites.

Les enfants atteints de faux croup grave que j'ai observés avaient en général une température de 39° et même de 40°.

Tous ont reçu des injections de sérum antidiphtérique; il me paraît préférable de pratiquer des injections de sérum à tous les enfants atteints de laryngite suffocante, dans l'incertitude initiale où nous sommes sur la cause du spasme glottique.

Le faux croup grave étant plus rare que le croup diphtérique, mieux vaut faire courir aux enfants les risques des accidents sériques, que de s'exposer à les priver dans ces circonstances, d'un remède très efficace contre le croup membraneux. Nous n'avons d'ailleurs aucune substance qui agisse sûrement contre le spasme de la laryngite suffocante.

Peut-être dans ces élévations thermiques habituelles au cours du faux croup peut-on incriminer dans une faible mesure le sérum. Mais la température n'étant pas d'ordinaire élevée dans les croups membraneux sans complications pulmonaires nous devons rester dans le doute.

Chez les trois enfants atteints de faux croup grave qui sont morts, nous avons trouvé des lésions plus ou moins étendues dans les poumons, des lésions broncho-pulmonaires prédominantes aux bases en arrière. Dans l'obser-

vation clinique qui sera relatée ci-dessous, il y avait, outre les altérations du parenchyme pulmonaire, d'anciennes adénopathies trachéo-bronchiques caséeuses ayant un volume très notable. Pendant la vie les difficultés de l'exploration physique du thorax sont telles chez les enfants qui suffoquent ou qui sont porteurs d'un tube, que bien souvent il n'a pas été possible de topographier les lésions pulmonaires par l'auscultation ou la percussion.

L'étude de la marche de la température est, en pareille circonstance, le guide le plus sûr pour apprécier avec probabilité les complications thoraciques. Cette remarque pour le faux croup a son application également pour le croup vrai.

Comme les enfants dont nous avons fait l'autopsie sont morts après avoir été tubés pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, il n'est pas aisé de démêler les lésions initiales dans le larynx. La muqueuse est un peu rosée, mais il n'y a que peu de gonflement et pas de boursouflure, d'infiltration sous muqueuse apparente, dans un cas même la muqueuse laryngée avait sa coloration normale. On est très étonné de voir que des lésions catarrhales aussi superficielles de la muqueuse laryngée déterminent des troubles spasmodiques aussi redoutables.

Il me paraît bien difficile de faire la part qui revient aux lésions laryngées, aux lésions broncho-pulmonaires, aux adénopathies trachéo-bronchiques dans la pathogénie du spasme laryngien au cours du faux croup. J'ai signalé des cas de spasme de la glotte sans lésions laryngées, coïncidant avec des lésions de broncho-pneumonie. Mon ancien interne, M. Ghika a rapporté un bel exemple de ce type clinique, dans les colonnes de notre journal. N'est-il pas vraisemblable que sous le nom de faux croup

grave, nous englobons des faits dans lesquels les lésions sont plus variées qu'on ne le supposerait, et qui n'ont comme trait commun symptomatique que les phénomènes de suffocation avec spasme phréno-glottique?

*Observations de faux croup grave mortel avec broncho-pneumonie et adénopathie trachéo-bronchique*, recueillie par M. Bayeux, interne du service de la diphtérie.

Léon, âgé de 25 mois, entre à l'hôpital Trousseau, pavillon Bretonneau, le 5 décembre 1896.

Cet enfant arrive à 5 heures du soir, dans un état laryngo-spasmodique très intense.

Il est pâle, en sueur, avec une respiration lente, extrêmement pénible : les veines du cou sont gonflées de sang, les yeux brillants.

On le place dans la chambre de vapeur.

Renseignements pris, on apprend qu'il est malade depuis deux jours : il a été pris de toux rauque l'avant-veille au soir, brusquement ; sa voix s'est couverte : elle est rauque à l'entrée. — Pas d'autres renseignements.

La température est à 38°.

Le pouls est petit, paradoxal.

A 5 h. 1/2, il devient nécessaire de le tuber ; à cause de sa grande fatigue, on lui laisse le tube ; l'obstruction semble peu à redouter, car l'examen de la gorge ne décèle *aucun exsudat*, et le cathétérisme laryngé au moyen du tube n'a provoqué l'évacuation d'aucun débris membraneux.

Toutefois, en prévision d'un processus diphtérique possible, on pratique une injection de 20 centimètres cubes de sérum.

6 *Décembre*. — La nuit à été assez bonne, toutefois,

l'enfant tousse beaucoup ; il présente une dysphagie notable et boit très mal avec son tube.

Il a craché, cette nuit, une certaine quantité de muco-pus.

A 10 heures du matin, après dix-sept heures de tubage, on enlève le tube. L'énucléation est suivie du rejet d'une grande quantité de pus, la toux est intense, quinteuse, très pénible, dure dix minutes environ, après quoi l'enfant se calme un peu et se met à respirer assez facilement.

Un quart d'heure après le tirage reprend et un second tubage s'impose à midi et demi.

La température de ce matin est à 38°2.

La respiration à 48.

Le pouls faible, régulier, à 160.

L'examen de la culture sur sérum ne donne pas de résultat ; on en pratique une nouvelle.

Auscultant l'enfant tubé, on entend de gros râles bronchiques disséminés, sans souffle.

Température à 4 heures du soir 39°4.

7 *Décembre*. — A une heure du matin, l'enfant s'agite et semble pris d'une angoisse subite : la respiration s'accélère, devient anxieuse et le bruit tubulaire prend un timbre serratique. On pense alors à des phénomènes d'obstruction lente, on enlève le tube, lequel est parfaitement perméable : l'état de l'enfant ne se modifie pas. — On est alors frappé de la sensation de chaleur que donne à la main la peau de l'enfant.

La température, prise séance tenante, s'élève à 40°1. — Le nombre des respirations s'élève à 80.

Auscultant de nouveau l'enfant, on constate la présence d'un souffle tubaire s'étendant : à droite, dans les deux

tiers inférieurs du poumon; à gauche, dans le tiers supérieur.

Des mouvements convulsifs agitent les membres et les paupières : les yeux sont fixes, brillants.

La peau est sèche, mordicante.

Bains à 30° toutes les trois heures, pour le reste de la nuit.

La respiration est pénible, sifflante. — Retubage.

A 7 heures du matin, la température est à 40°3, l'état général est aussi mauvais; la température ne s'abaisse que de quelques dixièmes après les bains; on détube l'enfant dont la respiration s'accompagne d'un gargouillement intense. Pas d'amélioration.

Bientôt, l'enfant agonise; il se recouvre d'une sueur abondante. La température monte à 42°1 et il meurt à 10 heures 1/4.

L'examen de la deuxième culture a *montré des formes bacillaires courtes.*

A l'*autopsie*, pratiquée le 8 décembre, par M. Variot, on note :

Pas trace de fausses membranes, ni dans le larynx, ni dans la trachée.

L'épiglotte, à sa face postérieure, le vestibule, les cordes vocales supérieures, sont rouges, un peu congestionnées, sans lésions érosives.

La glotte est saine, ainsi que la région cricoïdienne.

La trachée est livide, ainsi que les bronches; un exsudat muco-purulent abondant et épais les encombre.

Les poumons présentent plusieurs gros blocs de broncho-pneumonie hémorragique, un premier occupant tout le lobe moyen du côté droit, un deuxième tout le lobe inférieur droit; deux autres, gros chacun comme une noisette, au milieu des lobes supérieurs.

Ces noyaux sont entourés d'une zône d'emphysème cortical, couleur *paille*, tranchant sur la couleur *rouge-vineux* des blocs d'hépatisation.

En outre, le pédicule de chaque poumon est entouré de ganglions volumineux : l'un à la racine de la bronche droite, dans l'espace inter-trachéo-bronchique, est du volume d'un œuf de pigeon ; les autres, au nombre de quatre, sont de la grosseur d'une noix ; — tous ces ganglions, à la coupe, laissent sortir un abondant magma caséeux.

Le plus gros ganglion présente, à son centre, une cavité pleine d'un liquide épais, louche.

Le cœur est sain, en systole. Les reins sont légèrement œdématiés. Pas de lésions notables des autres viscères.

Voici maintenant nos deux observations .

Obs. I. — *Laryngite grave aiguë, suffocation, tubage, hyperthermie. Mort.* — Ch..., âgé de 14 mois, est pris le 1er janvier, vers 11 heures du soir, d'une crise de laryngite striduleuse assez intense, avec suffocation ; je le vois seulement le 2 janvier dans la matinée ; je le trouve sans fièvre, avec une toux rauque, éclatante, non éteinte ; il n'y a pas de tirage, la suffocation qui a eu lieu au moment de la crise de la veille au soir ne s'est pas reproduite ; l'examen de la gorge ne montre qu'un peu de rougeur ; l'enfant a bu du lait plusieurs fois dans la journée. *Spongia t.* (1 trit. déc.).

Le soir, vers 8 heures et demie, le père me téléphone que son enfant étouffe beaucoup. Je trouve l'enfant avec un tirage sus et sous-sternal marqué, la respiration très fréquente, la toux toujours bruyante ; le pharynx ne contient toujours pas de fausses membranes ; dans le doute, injection de sérum de Roux (cinq centimètres cubes) ; on

alterne *Spongia* (1 trit. déc.) et *Moschus* (1 trit.) ; casseroles d'eau bouillante près du lit de l'enfant.

Je reviens à minuit, l'état s'est aggravé; l'enfant asphyxie; j'envoie à l'hôpital Trousseau et l'interne de la diphtérie, M. Bayeux, vient pratiquer le tubage.

Le lendemain matin, 3 janvier, nouvelle injection de sérum de Roux (cinq centimètres cubes). L'enfant est très agité, son état général est grave, la température, qui était peu élevée la veille, monte à 39°,5, 40°, 40°,5, malgré l'emploi successif d'*Aconit* (TM), de *Veratrum viride* (1/10) d'*Arsenic* (6). Les internes de l'hôpital Trousseau, qui veillent l'enfant à cause du tubage, me demandent d'essayer les enveloppements froids, puis les bains froids; rien n'agit, la température descend à peine de quelques dizièmes après chaque enveloppement et chaque bain; le 5 janvier, elle n'est plus modifiée, continue sa marche ascendante à 41° et l'enfant meurt sans que son spasme laryngien ait cessé, et sans qu'on ait pu le détuber.

L'auscultation n'a pas donné de renseignements ; il est probable qu'il s'est fait de la broncho-pneumonie comme dans l'observation de Variot, mais nous n'en avons pas trouvé les signes sthétoscopiques.

On peut se demander si les injections de sérum ont été dans ce cas sans danger et si on ne doit pas leur attribuer en partie l'hyperthermie observée.

Obs. II. — *Laryngite aiguë grave, suffocation, guérison.* — Le 8 février, j'étais appelé auprès du petit N..., âgé de 18 mois, qui présente depuis le matin une toux croupale, éclatante, et dont la voix est rauque, *Spongia tosta* (1 trit. déc.). Le lendemain matin, l'état est le même, la toux un peu plus fréquente, mais pas de suffocation.

Le soir, l'enfant est gêné, il présente un peu de tirage et, à chaque quinte, léger accès de suffocation, *spongia tosta* (6) et *Phosph.* (6). Dans la nuit, la mère me rappelle, parce que l'enfant est plus gêné, le tirage est plus marqué; elle lui a donné *Moschus* (1 trit.), et fait prendre un peu de sirop d'ipéca. L'enfant vient de vomir lorsque j'arrive, et je le trouve assez calme. Je fais reprendre *Spongia* et *Phosph.* à la 6e dilution, trois glob. tous les quarts d'heure en alternant.

Le 10, au matin, je le trouve encore mieux, le tirage a presque complètement cessé, et ne reparaît un peu que lorsque l'enfant se met en colère et crie; la toux me paraît un peu moins sèche, elle est toujours rauque.

A midi, la toux devient manifestement grasse, elle est moins rauque, la respiration est tout à fait libre, *Spongia* (6), *Hepar sulf.* (6), trois glob. toutes les demi-heures.

L'amélioration va progressivement et deux jours après l'enfant était guéri.

Ce second petit malade a été certainement moins pris que le premier; cependant un moment j'ai été inquiet et je voyais déjà arriver le tubage et les accidents du malade précédent.

Le vomissement, après le sirop d'ipéca, a certainement eu une influence favorable sur la suffocation.

Je crois, en outre, que l'alternance de Spongia et de Phosphore à la 6e dilution m'a donné un meilleur résultat dans ce cas que la 1re trit. décimale de Spongia. La 6e était, du reste, la dose recommandée par le Dr Regnault, comme lui ayant réussi, dans les cas qu'il a rapportés dans l'*Art Médical*.

Quant au diagnostic entre la laryngite grave aiguë et le croup diphtéritique, nous croyons qu'il est possible,

d'après les caractères de la toux, qui est ordinairement éteinte dans le croup et bruyante dans la laryngite simple.

Dr Marc Jousset.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 février.* — *Désintoxication du sang.* — M. Hayem fait un rapport sur un procédé de traitement du Dr Barré (de Paris). Ce traitement, auquel il a donné le nom de désintoxication du sang, consiste en une saignée faite à l'un des bras, pendant le cours de laquelle on pratique du côté opposé une injection saline intra-veineuse, à dose égale à celle du sang soustrait qui, pur au début, se dilue progressivement. L'auteur s'en est servi dans des cas de pneumonie adynamique, d'urémie et de rhumatisme cérébral et le résultat a été merveilleux, dit-il. M. Barré explique les bons effets thérapeutiques de son mode de traitement, en faisant remarquer que, tandis que la saignée donne issue à l'excès des toxines, la transfusion saline empêche une diminution de pression qui ferait obstacle à la diurèse. Pour M. Hayem, la saignée-transfusion ne doit pas agir simplement comme action mécanique, mais ses bons effets dans les infections et les auto-intoxications lui paraissent être fort obscurs.

*Urobilinurie consécutive à la contusion du foie.* — Nouveau rapport de M. Hayem sur deux observations du Dr Laval qui a observé deux cas d'urobilinurie d'une

grande intensité, à la suite de traumatisme de la région hépatique, et qui pense que l'urobilinurie peut être considérée comme un signe constant des lésions traumatiques du foie. Il ajoute que ce signe a plus de valeur à cet égard que la présence de pigments biliaires, celle-ci pouvant faire défaut, alors même que les conjonctives sont jaunes, et que la recherche de l'urobiline peut, non seulement faciliter le diagnostic de la contusion du foie, mais aussi servir à suivre l'évolution de la lésion. Il pense en outre que l'intensité de l'urobilinurie est proportionnelle à l'importance de la lésion hépatique. M. Hayem n'accepte pas complétement ces conclusions. Pour lui, l'urobilinurie est la conséquence seulement de l'épanchement sanguin intra-péritonéal, qui est résorbé en peu de temps et réintroduit ainsi une grande quantité d'hémoglobine libérée des stromas globulaires. La recherche de l'urobiline dans les urines donnerait donc plutôt la mesure de l'hémorragie interne que de l'attrition du foie.

*Traitement de la tuberculose par le mercure.* — Le traitement de la tuberculose par le mercure a fait l'objet d'une note du D[r] Dubois, qui a communiqué quelques cas traités de cette façon à l'Académie de médecine. M. Laborde fait un rapport sur ce sujet et engage à tenter de nouveaux essais. Le traitement se fait au moyen d'injections hypodermiques d'une solution de bichlorure de mercure au millième sans alcool. On commence par un demi-milligramme et on arrive à un milligramme qu'on ne doit pas dépasser. Les injections sont renouvelées tous les deux jours.

*Etude clinique sur les manifestations oculaires de la lèpre.* — M. Hallopeau fait un rapport sur un travail de

M. de Gouvea qui a étudié la lèpre à ce point de vue au Brésil où il en a observé une cinquantaine de cas.

Dans la forme anesthésique, l'auteur fait jouer un rôle prépondérant à la paralysie du muscle orbiculaire; elle serait la cause déterminante des troubles oculaires, qui par ce fait ne surviendraient que tardivement. M. Hallopeau fait remarquer que cette proposition n'a pas une valeur absolue, puisqu'il observe actuellement à Saint-Louis une lèpre anesthésique pure, dans laquelle la perte de l'œil s'est produite prématurément et en l'absence complète de paralysie de l'orbiculaire.

Dans la forme tégumentaire, M. de Gouvea attribue les lésions, non pas à une altération des nerfs, mais à une sorte de propagation des lésions de la conjonctive palpébrale gagnant les fibres musculaires de l'orbiculaire et déterminant la paralysie de ce muscle par la présence des bacilles lépreux qui l'ont envahi. M. Hallopeau croit plutôt à l'invasion des extrémités terminales des nerfs par le bacille de la lèpre.

Quoi qu'il en soit, M. de Gouvea conseille de corriger de bonne heure l'insuffisance des orbiculaires par une blépharorraphie prophylactique aussi étendue que possible, répartie entre les deux angles de la fente oculo-palpébrale. Il y adjoint un bandage oculaire pendant le sommeil si la paralysie est complète.

*Le tétanos à Madagascar.* — Le Dr Burot a observé à Madagascar quatre cas de tétanos tous quatre terminés par la mort et dans lesquels la marche a été foudroyante. Ces quatre cas ont été observés chez des malades qui avaient été traités par les injections hypodermiques de quinine pour des accès de fièvre et qui présentaient des abcès à la suite

de ces injections. M. Burot admet que la poussière que soulèvent les grands vents de la côte de Madagascar, peut pénétrer dans les flacons les mieux bouchés de manière à contaminer les solutions à injections hypodermiques.

*Sur la peste bubonique.* — M. Léon Colin appelle l'attention de l'Académie sur l'épidémie actuelle et fait remarquer que la pénétration de la maladie dans la mer Rouge par le détroit de Bab-el-Mandeb, est en désaccord avec la marche et la distribution des épidémies habituelles de peste.

Non seulement la peste à bubons n'a jamais franchi l'équateur, mais il est rare qu'elle ait pénétré bien avant dans les régions les plus méridionales de notre hémisphère. Il en est de même en Asie, où la peste a fort peu de tendance à descendre dans le sud. Il faut donc admettre que les germes pestilentiels résistent difficilement aux températures élevées, notamment à celle des climats torrides.

*Séance du 9 février. — Statistique médicale de la flotte.* — Depuis longtemps, l'Académie de médecine avait émis le vœu qu'il y aurait intérêt à connaître les pestes subies par la marine comme on connaît celles des soldats.

MM. Vincent et Burot sont parvenus, par leurs propres moyens, à faire une étude des plus complètes et des plus intéressantes. Au lieu de compulser les rapports qui ne signalent qu'une partie des décès, ils ont eu l'ingénieuse idée de s'adresser à la matricule de chaque homme pour savoir ce qu'il était devenu.

Leur statistique porte sur la période quinquennale 1891-1895. Sur un effectif de 198.313 hommes, dont 54.997 engagés volontaires et 143.316 inscrits, ils ont trouvé 2.253 décès, ce qui donne 1,13 p. 100 ou 11 p. 1.000

environ. Tous les décès survenus sur les hommes présents au service de l'État sont comptés. que ces décès aient eu lieu sur les navires, dans les hôpitaux, en France, à l'étranger, aux colonies ou même dans leurs foyers.

La tuberculose fait le quart des victimes ; elle est plus fréquente que dans l'armée. La fièvre typhoïde est devenue rare sur les navires et sévit de préférence sur les marins qui vivent à terre. Les endémies des pays chauds, le paludisme, la diarrhée et la dysenterie, les hépatites et le choléra donnent un contingent assez élevé. Il y a beaucoup de noyés et de morts accidentelles. Les suicides sont rares. Toutes les causes de décès sont étudiées au point de vue de l'âge, des professions et des grades. Les médecins et les pharmaciens de la marine ont eu 45 décès et 10 retraites pour infirmités contractées au service sur un effectif de 2.736, soit une proportion de 1,90 pour les pertes totales (décès et retraites) et 1,74 pour les décès. Leur mortalité a donc été supérieure à celle des hommes de troupes.

*Hyperleucocytoses post-phébotomiques et post-révulsives.* — M. Maurel a communiqué à l'Académie un travail duquel il ressort que la saignée augmente le nombre des globules blancs dans le sang. Il en conclut que la saignée peut favoriser la résistance de l'organisme contre les microbes en provoquant une leucocytose critique. M. Roux, qui fait son rapport sur cette communication, trouve cette hypothèse très juste et dit que les cobayes soumis à des saignées répétées résistent mieux au vibrion cholérique injecté dans leur péritoine. M. Maurel a fait aussi une série d'expériences qui montrent également l'accroisse-

ment du nombre des globules blancs à la suite de la cautérisation ignée et de l'application de différents révulsifs. Il émet donc l'idée originale que la principale utilité des révulsifs est de provoquer cette leucocytose.

Il a observé au microscope la membrane interdigitale de la grenouille, cautérisée au fer rouge ou irritée par l'acide chromique ou la poudre de cantharides, et il explique l'accumulation des leucocytes dans le foyer inflammatoire, non par la diapédèse, mais par la prolifération des cellules de l'endothélium vasculaire. Cette dernière assertion semble douteuse à M. Roux, qui demande à l'auteur de continuer ses observations.

*Assainissement de la fabrication des allumettes.* — L'Académie, sur l'intervention du ministre des Finances, a chargé une commission composée de MM. Théophile Roussel, Magitot, Ch. Monod, Hanriot et Vallin, de rechercher les moyens de faire cesser l'insalubrité de la fabrication des allumettes.

Voici les conclusions de cette commission qui seront discutées dans la prochaine séance.

1° Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de fabriques d'allumettes en France;

2° La suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de cette industrie;

3° L'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une ressource précieuse, mais à condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu sous des cages vitrées où ne séjourneront pas les ouvriers;

4° En attendant la réussite complète des expériences en

cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active, emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux; sélection initiale et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état, installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires, des lavabos, des vestiaires, etc.

(*Séance du 16 février.*) — *Eucaïne et cocaïne.* — M. Reclus fait une communication sur l'eucaïne, substance nouvelle que l'on cherche en Allemagne à substituer à la cocaïne. Des expériences qu'il a entreprises avec l'eucaïne, il ressort, dit M. Reclus, que les injections d'eucaïne sont un peu douloureuses ; avec la cocaïne, la première pénétration de l'aiguille est seule perçue, puis, pendant l'injection, et la série des autres injections, toute sensation cesse. Il n'en est pas de même pour l'eucaïne, et au fur et à mesure que la substance infiltre les tissus, l'opéré perçoit une sensation de cuisson, d'ailleurs assez légère. Un deuxième inconvénient est que l'eucaïne hyperémie les tissus et donne lieu après l'incision à un léger suintement sanguin qui ne se constate pas si on a eu recours à la cocaïne qui, elle, au contraire, a l'avantage de resserrer les petits vaisseaux. Au point de vue de l'anesthésie, la sensibilité est presque aussi abolie avec l'eucaïne qu'avec la cocaïne, mais l'anesthésie due à la cocaïne dure le double de temps que celle due à l'eucaïne. Enfin, l'eucaïne, au dire du professeur Pouchet, a un équivalent toxique presque égal à celui de la cocaïne.

*La septicémie muqueuse.* — M. Babès propose de donner ce nom à une nouvelle maladie dont il a observé un cas

au mois de novembre 1895 dans le service du Dr Nageol. Le malade n'avait présenté pendant la vie qu'une paralysie faciale, accompagnée d'anémie très prononcée, un peu de fièvre et d'affaiblissement général. A l'autopsie, on trouva tous les vaisseaux sanguins d'un certain calibre, surtout ceux des méninges, remplis d'une substance blanchâtre, muqueuse.

L'examen microscopique a montré que le sang était détruit : les globules rouges étaient détruits et transformés en une substance granulo-muqueuse, tandis que les leucocytes étaient plus ou moins nombreux avec des noyaux fragmentés. Mais les renseignements les plus utiles ont été fournis par les recherches bactériologiques. En effet, M. Babès a pu se convaincre que ce sang muqueux contenait, surtout dans certaines régions, des microbes parmi lesquels se distinguait, par sa fréquence, un bacille du groupe mucogène établi par M. Babès, et caractérisé précisément par cette faculté de transformer les matières organiques en substances muqueuses.

*Introduction de la vaccine en France.* — M. Hervieux lit un long mémoire pour réfuter une assertion du Dr Viaud, médecin à Agon-Coutainville (Manche), qui prétend que la vaccine a été introduite par Bobe-Moreau, pharmacien en chef de l'Ecole de santé de Rochefort. M. Hervieux, reporte tout l'honneur de cette introduction sur le duc de La Rochefoucauld-Liancourt, qui est en effet généralement considéré comme l'introducteur de la vaccine en France.

*Du rôle de la rate dans le paludisme.* — Les recherches entreprises dans le but d'élucider le rôle de la rate dans ses maladies infectieuses ont abouti le plus souvent a de

résultats en apparence contradictoires, si bien que ce rôle est encore fort obscur. Pour M. Laveran, la rate n'a pas un rôle spécial de défense dans le paludisme.

La rate donne au contraire asile aux hématozoaires qui s'y multiplient et qui peuvent y vivre pendant longtemps à l'état latent; elle est leur siège d'élection et c'est pour cela qu'elle présente chez les palustres des altérations constantes et souvent profondes.

La rate n'ayant pas un rôle de protection, la splénectomie pour hypersplénie palustre peut être pratiquée sans qu'on ait à redouter ses conséquences au point de vue de l'évolution ultérieure du paludisme. La splénectomie n'est indiquée d'ailleurs, que dans les cas très rares où la rate volumineuse et déplacée ou flottante donne lieu à des accidents graves.

*Séance du 23 février. — Discussion sur l'assainissement de la fabrication des allumettes.* — M. Magitot, qui a fait partie de la Commission de l'assainissement des usines d'allumettes, n'accepte pas les conclusions du rapport de cette commission, et tandis que celle-ci demande la suppression radicale du phosphore blanc, il croit que l'assainissement par l'hygiène seule suffirait pour rendre sans dangers la fabrication actuelle des allumettes. Pour lui, la prohibition légale est à la fois inutile et impraticable : elle est inutile, attendu qu'il existe un certain nombre d'usines qui fabriquent avec le phosphore blanc et qui n'ont, à aucun moment, présenté le moindre accident, comme à Alger, Bône, Aix et dans plusieurs villes d'Italie. Elle est impraticable, puisque les pays qui, comme la Suisse et la Belgique, ont tenté la suppression radicale du phosphore blanc, ont été au bout de peu d'années obligés de rapporter la loi prohibitive.

Les dangers qui menacent les ouvriers du phosphore blanc se présentent sous deux formes : le phosphorisme et la nécrose.

Le phosphorisme disparaîtra par la ventilation forcée des ateliers et il n'est pas aujourd'hui d'ingénieur qui se déclare incapable, avec les moyens mécaniques actuels, de soustraire d'une salle de travail toute émanation nocive.

Quant à la nécrose, elle disparaîtra le jour où l'on aura réformé rigoureusement du personnel ouvrier tout individu porteur de la lésion initiale, la dent cariée.

M. Vallin vient ensuite défendre les conclusions de son rapport sans apporter de nouveaux arguments à l'appui, et le vote sur cette question est renvoyé à la prochaine séance.

D^r G. Nimier.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Syphilide cutanée ayant respecté un membre atrophié par paralysie infantile. — II. Éruption scarlatineuse limitée a la face. — III. La diphtérie chez l'adulte. — IV. Anévrysme de l'aorte et rayons Röntgen. — V. Diabète bronzé. — VI. Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes. — VII. Empoisonnement par le sulfate de quinine. — VIII. Pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedlander ; broncho-pneumonie suivie de gangrène. Mort. — IX. La scarlatine a l'hôpital Trousseau en 1896.

### I

(*Séance du* 29 *janvier.*) — M. Thibierge présente à la Société un malade de son service ayant une atrophie mus-

culaire du membre supérieur droit, atrophie consécutive à une paralysie infantile ; ce que ce malade présente d'intéressant, c'est qu'ayant contracté un chancre syphilitique il y a huit ans, des syphilides ulcéreuses précoces (rupia syphilitique ou, suivant le langage moderne, syphilodermes à tendance destructive) sont survenues sur tout le corps excepté sur le membre atrophié. Or, M. Jolly, interne de M. Marie, a présenté aussi à la Société, l'année dernière, un syphilitique atteint d'une éruption secondaire, à forme papulo-squameuse, qui s'étendait à tout le corps excepté au membre inférieur droit atteint de paralysie infantile.

M. Thibierge pense que les altérations antérieures du système nerveux ont une influence, rendue évidente par ces deux observations, sur la localisation des dermopathies.

M. Launois a observé une petite malade de 7 ans atteinte de rougeole, « dont l'éruption, qui était confluente sur tout le corps, faisait défaut au niveau du membre inférieur droit, atrophié à la suite d'une myélopathie infantile ».

## II

M. Lemoine signale comme assez fréquents des cas de scarlatine intermédiaire, à la scarlatine de forme commune et à la scarlatine angineuse fruste sans éruption ; ce sont des cas où il existe de l'angine et une éruption localisée au visage, éruption suivie de desquamation quelquefois généralisée.

Il rappelle que ces faits ont été signalés par Braun en 1841 à l'occasion d'une épidémie dans un collège où, sur 40 cas, 36 offrirent cet aspect spécial.

Dans l'épidémie de 1895, au Val-de-Grâce, sur près de 200 scarlatineux, 32 malades présentèrent cette éruption localisée. Sur ce nombre, 23 n'offrirent pas trace de desquamation ailleurs que sur la face; chez 9 d'entre eux, la desquamation ne se limita pas à la face et on put observer la présence de squames légères tantôt aux extrémités, aux mains, aux pieds, ou bien encore au cou; deux présentèrent quelques squames au niveau des régions axillaires. Chez ces malades, l'extension de l'éruption avait sans doute été trop passagère pour être remarquée, et l'éruption de la face seule avait persisté assez longtemps. Ces derniers faits peuvent être regardés comme des états de transition entre la scarlatine typique et la scarlatine fruste à éruption faciale.

III

M. Gouguenheim lit un travail d'ensemble sur la diphtérie de l'adulte, travail qui est le résultat de ses observations au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière; il y a observé, en 1896, 120 cas de diphtérie.

« La diphtérie de l'adulte passe souvent inaperçue, car elle revêt les aspects angineux les plus variés; ce n'est pas seulement cette forme couenneuse, répandue sur une partie plus ou moins étendue des amygdales et du voile du palais, accompagnée ou non d'une rhinopharyngite plus ou moins intense ou d'une laryngite avec toux douloureuse, c'est là une présomption grave en faveur de la dipthérie, mais ce n'est pas le cas le plus habituel; ordinairement vous avez devant vous des aspects d'amygdalite aiguë, avec enduit peu résistant (formes pultacées), avec points blancs disséminés (formes folliculaires ou lacunaires), avec ulcérations irrégulières (forme herpé-

tique, et vous savez que déjà le professeur Dieulafoy a vu la diphtérie se présenter sous cette forme), vous avez même quelquefois sous les yeux de véritables aspects d'angine phlegmoneuse qui se terminent par la suppuration, et toutes ces variétés sont susceptibles de s'accompagner d'adénites aiguës sous-maxillaires, qui se résoudront le plus souvent, mais qui pourront aussi suppurer. Sauf dans quelques cas, le larynx est presque toujours indemne ou, s'il ne l'est pas, le malade n'est pas dangereusement atteint comme l'enfant. »

D'un autre côté, M. Gouguenheim dit plus loin que des angines peuvent revêtir la forme couenneuse classique, sans provenir du bacille diphtéritique, et être suivies de mort ; il rappelle un cas de mort par angine à staphylocoque et un autre par angine à streptocoque.

Au point de vue clinique, il est difficile d'accepter comme de la diphtérie vraie ces angines a exsudat disséminé (à forme lacunaire et à forme herpétique) et ces angines phlegmoneuses.

IV

(*Séance du 5 février.*) — MM. Béclere, Oudin et Barthélemy présentent à la Société un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, présentant des signes classiques de cette affection et facile à diagnostiquer. L'intérêt spécial de cette présentation est une épreuve radiographique obtenue au moyen des rayons Röntgen par une pose de trente minutes, qui montre au-dessus du diaphragme l'ombre ovalaire du cœur et au-dessus de celle-ci une ombre arrondie plus large, semblant un second cœur superposé au premier et répondant à l'anévrysme de l'aorte.

On peut espérer que ce mode d'investigation permettra de reconnaître des anévrysmes au début, que les symptômes cliniques ordinaires pourraient seulement faire soupçonner.

V

Nous trouvons trois communications successives sur le *diabète bronzé :* une de M. Rendu, une de M. Jeanselme et une de M. Troisier.

Voici le résumé des observations :

*Observation de M. Rendu.* — Homme de 45 ans, placier en vins. entré à Necker le 24 février 1896 ; de race arthritique ; rhumatisme articulaire à 26 ans. En 1885, après des excès alcooliques, symptômes de gastrite dont il se guérit par le régime lacté ; jamais d'impaludisme.

En janvier 1896, il ressent de la fatigue, de la soif, de l'insomnie ; une difficulté dans la miction l'amène dans le service de M. Guyon qui constate un rétrécissement et fait l'urétrotomie interne. L'affaiblissement persistant, on analyse les urines, on trouve 65 grammes de sucre par litre et on le passe le 24 février dans le service du Dr Rendu.

A ce moment, il urine de 6 à 10 litres par jour, avec de 50 à 70 grammes de sucre par litre ; soif et appétit excessifs, amaigrissement sensible (300 à 500 grammes de sucre par jour, 50 à 70 grammes d'urée) ; faiblesse considérable ; impuissance complète depuis six mois.

La peau du visage est brune, uniformément pigmentée, à reflets ardoisés ; pigmentation également répartie sur toute la face, accentuée au cou ; elle existe sur tout le corps, mais presque noire sur les mains, les pieds et les parties sexuelles.

En même temps il existe des troubles gastriques; le foie, d'abord hypertrophié (17 à 18 centimètres de matité verticale le 24 février) diminue (15 centimètres le 15 mars, puis 13); épistaxis abondantes, œdème malléolaire, ascite; ponction le 19 mai qui donne issue à 7 litres 1/2 de sérosité citrine, transparente; à ce moment le foie est très petit. Le liquide ascitique se reproduisant très rapidement, six autres ponctions sont pratiquées jusqu'au moment de la mort qui survint le 12 juillet.

L'autopsie démontra que le péritoine était couvert de granulations tuberculeuses, le foie atteint manifestement de cirrhose atrophique, brun foncé à la coupe; le pancréas était aussi le siège d'une coloration spéciale brun foncé.

L'examen histologique montre que le foie, le pancréas, les capsules surrénales, le testicule, les glandes sudoripares et la peau contenaient des granulations pigmentaires, à contours très nets, arrondis ou anguleux, d'une couleur ocre foncé; ces granulations peuvent se présenter isolées ou réunis en amas plus ou moins volumineux; les réactions histo-chimiques ont démontré que ce pigment ocré était constitué par un hydrate ferrique.

Le foie est en outre le siège d'une cirrhose bi-veineuse; les cellules de la périphérie des îlots hépatiques sont les plus altérées et les plus surchargées de granulations pigmentaires.

*Observation de M. Tennèson* (communication de M. Jeanselme). — Homme de 42 ans, entré le 3 novembre 1896 à l'hôpital Saint-Louis parce qu'il maigrit, perd ses forces, et que sa peau a noirci d'une façon intense depuis un mois et demi; aucuns antécédents héréditaires ni personnels importants.

La teinte bronzée des téguments est généralisée à toute la surface cutanée ; elle est ardoisée, foncée surtout à la face, au cou, aux bras, aux organes génitaux.

Le foie est hypertrophié et déborde le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt.

Les urines sont abondantes et fréquentes ; elles contiennent une quantité notable de sucre.

Il fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre précédent, moment où il a été employé à nettoyer des fonds de piles électriques, contenant des débris minéraux, principalement de la litharge et du minium.

Le 5 novembre, les urines atteignent 7 litres en vingt-quatre heures ; le sucre 150 grammes.

Les jours suivants, l'amaigrissement augmentait, la quantité des urines diminuait un peu, bien que le sucre continuât à augmenter (505 grammes le 19 novembre).

L'état alla en s'aggravant et le malade mourut le 28 novembre.

L'autopsie fit constater la présence d'un pigment ocre, analogue à celui de l'observation précédente et siégeant au niveau d'un grand nombre d'organes ; au niveau de la peau, les cellules profondes et les couches de Malpighi étaient remplies d'un pigment brun, différent du pigment ocre.

Le foie était le siège d'une sclérose bi-veineuse.

*Observation de M. Jeanselme.* — Un cocher de 43 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine le 26 novembre 1896. Il est malade depuis le 18 juillet, jour où il a reçu un coup de timon de voiture au niveau de la région ombilicale. Les signes du diabète, soif, polyurie, perte des forces, se sont montrés après cet accident.

A son entrée, on constate une coloration grise cendrée de toute la peau, surtout à la face, au cou et aux mains.

Le foie est très hypertrophié.

Il existe un certain degré de somnolence ; le malade tombe dans le coma le 29 décembre et meurt le 1er janvier.

Sclérose du foie et du pancréas, qui sont envahis par le pigment, ainsi que la rate, le corps thyroïde, les ganglions, etc.

M. Troisier rappelle ensuite qu'en 1871 il a communiqué à la Société anatomique un cas typique de diabète bronzé ; c'est certainement une des premières observations connues.

Le diabète bronzé paraît être une affection voisine du diabète ordinaire, caractérisée par le diabète sucré, la sclérose hépatique et la mélanodermie. Cette affection est une cachexie paraissant avoir une marche rapidement mortelle.

## VI

(*Séance du 12 février.* — M. Merklen rappelle que l'association de l'*asystolie et de la respiration de Cheyne-Stokes* ne s'observe guère que dans la myocardite chronique avec artério-sclérose.

M. Cuffer a soutenu que la respiration de Cheyne-Stokes était due dans ces cas à l'insuffisance rénale, mais M. Merklen fait remarquer qu'il l'a observée chez des artério-scléreux asystoliques en l'absence d'insuffisance rénale nettement caractérisée, que de plus ce symptôme se retrouve dans diverses affections du cerveau et des méninges. Pour lui, ce mode de respiration s'observerait surtout dans les cas où il existe d'autres symptômes céré-

braux : apathie cérébrale, somnolence, coma, agitation, mouvements convulsifs ; il serait donc tenté de le rattacher au syndrome complexe et variable du cerveau cardiaque.

Dans les deux observations qu'il rapporte à l'appui de sa thèse, M. Merklen a remarqué que la respiration de Cheyne-Stokes avait paru provoquée ou momentanément exagérée par le traitement digitalique, tandis qu'elle aurait été heureusement modifiée par la morphine. Or, nous avons publié autrefois dans l'*Art médical* une observation d'empoisonnement par la morphine terminée par la guérison et dont un des symptômes les mieux caractérisés était la respiration de Cheyne-Stokes.

M. Merklen, revenant plus loin sur le bon effet des doses faibles de morphine (1/2 à 3/4 centigrammes) sur la respiration de Cheyne-Stokes, dit : « L'influence de la morphine est, en pareil cas, d'autant plus surprenante, que ce médicament détermine chez les animaux la respiration de Cheyne-Stokes. » Il se livre ensuite à des explications physiologiques pour expliquer cette action, quand il serait si simple d'accepter la loi de similitude ; la morphine guérit la respiration de Cheyne-Stokes chez les malades, parce qu'elle la produit dans l'organisme sain.

## VII

M. L. Guinon rapporte une observation d'empoisonnement par le sulfate de quinine.

Un homme de 55 ans, depuis longtemps neurasthénique, subissait il y a quelques semaines une aggravation de ses malaises. Après une mauvaise nuit, il prend, en une fois, 8 grammes de sulfate de quinine, à 7 heures 1/2 du matin. Le début des accidents a passé inaperçu ; c'est, en

effet, à 10 heures 1/2 seulement qu'en entrant dans la chambre du malade, on le trouva inerte, très pâle, l'œil atone, les extrémités froides, la respiration insensible, le pouls imperceptible.

Des injections d'éther sulfurique, que pratique un médecin ami du malade, relèvent un peu le pouls, mais sans réveiller la sensibilité.

A midi, quatre heures après l'injection du sel, je trouve le malade dans l'état suivant :

Pouls à 120, très petit, inégal, respiration un peu accélérée, très superficielle. La face est cadavérique, l'œil est excavé, la bouche ouverte, les lèvres, les oreilles cyanosées. Les pupilles un peu rétrécies, mobiles, *paraissent réagir à la lumière ;* cependant le malade ne semble pas voir la lumière qu'on approche de ses yeux.

Il est absolument sourd, il faut crier très violemment pour provoquer une sensation auditive ; l'intelligence est très obscurcie, car on n'obtient comme réponses que quelques monosyllabes prononcées avec peine et presque inintelligibles.

A 2 heures, le malade, un peu ranimé par le traitement, répond un peu mieux ; c'est seulement alors qu'il nous avoue la nature du poison qu'il a ingéré. La motilité est conservée, mais la faiblesse est telle que le malade ne peut que soulever un peu ses doigts et ses paupières ; il est incapable de se mouvoir dans le lit.

Un tremblement continuel à brèves oscillations, qui ressemble beaucoup plus à un frissonnement, occupe tantôt les extrémités supérieures, tantôt tout le corps.

L'insensibilité cutanée aux diverses excitations est absolue.

Sous l'influence d'injections de solution salée, la face

se colore, le pouls devient plus fort et plus rapide, mais il s'affaisse très rapidement.

A 7 heures, douze heures après l'injection du poison, le malade émet 200 grammes d'urine claire et une garde-robe. La face est *colorée*, congestionnée. La sensibilité reparaît. La surdité diminue, mais le malade nous fait remarquer sa *cécité absolue*. La pupille en effet *s'est dilatée*; même en présence d'une vive lumière, le malade n'éprouve aucune sensation. Cependant l'intelligence est à peu près normale. La nuit suivante est calme, le malade dort cependant mal, car il urine environ 2 litres (polyurie provoquée par les lavements et les injections de sérum artificiel).

Le lendemain, 4 décembre, les mouvements sont plus faciles, le malade peut s'asseoir sur son lit, il entend bien; le pouls est à 104, la respiration est régulière, la température 37°4, le cœur un peu sourd. La cécité est absolue. Soif vive, l'estomac est sensible au contact des aliments et à la pression.

Le surlendemain, 5 décembre, tous les symptômes s'améliorent; la polyurie diminue; la sensibilité est intacte; la cécité diminue, car le malade voit les visages sans distinguer les traits.

Le 6 décembre, le malade, encore très faible, commence à marcher; il n'a aucun appétit.

Depuis ce jour, M. X... a repris très lentement ses forces; traité par l'immobilisation et l'isolement, il engraisse beaucoup et, deux mois après l'empoisonnement, il n'a plus qu'un peu d'affaiblissement de la vue.

M. Béclère a vu, il y a quelques années, des symptômes assez inquiétants d'empoisonnement chez un jeune médecin à la suite de l'ingestion de 60 centigrammes de

sulfate de quinine. Ce médecin prit un matin, pour combattre une névralgie dentaire, deux cachets de 90 centigrammes de sulfate de quinine. Il alla ensuite visiter un de ses malades et fut pris, au domicile de celui-ci, d'un vertige tel qu'il dût, pour ne pas tomber, se tenir aux meubles de la chambre. Il put cependant gagner une station d'omnibus assez proche et prendre place sur l'impériale d'une des voitures, espérant qu'à l'air libre son malaise se dissiperait. Tout au contraire le vertige ne fit qu'augmenter et ne tarda pas à s'accompagner d'un trouble et d'un obscurcissement de la vue allant par moments jusqu'à la cécité complète, au grand effroi du patient. C'est en vain que plusieurs fois il tenta de quitter sa place. Force lui fut de se laisser conduire jusqu'à la station terminale et d'attendre que tous les voyageurs fussent descendus pour descendre à son tour, avec l'aide du conducteur, et se faire mettre par celui-ci dans un fiacre qui le ramena chez lui titubant et plus qu'à moitié aveugle. Il passa toute la journée couché sur le dos, voyant à peine, repris de vertige au moindre mouvement, éprouvant une sensation pénible de froid et ayant peine à se réchauffer, présentant d'ailleurs du refroidissement manifeste des extrémités, mais sans ressentir à aucun moment le moindre bourdonnement d'oreilles.

Ces malaises durèrent jusqu'au lendemain matin et laissèrent encore à leur suite, pendant plusieurs jours, une sensation marquée de fatigue et de faiblesse.

## VIII

(*Séance du 19 février.*) — M. Sirbdey rapporte une observation de pleurésie purulente présentant du bacille

encapsulé de Friedlander ; les observations analogues sont assez rares, puisqu'il n'en a relevé que sept.

Deux observations de M. Netter ; la première se rapportait à un tuberculeux atteint de pyopneumothorax consécutif à la rupture d'une caverne ; le pus contenait des bacilles de Friedlander, des staphylocoques blancs et dorés et des bacilles de Koch ; la seconde se rapportait à un foyer pleurétique limité interlobaire, qui se vida par une vomique.

Une observation de Letulle ; épanchement purulent interlobaire, consécutif à la grippe et guéri par une vomique.

Deux observations de G. Etienne ; dans les deux cas, on trouva de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec des phénomènes d'infection généralisée : pleurésie purulente, péricardite purulente, abcès sous-cutanés de la cuisse dans un cas, méningite et arthrites suppurées dans l'autre.

Une observation de Rispal, qui, au cours d'une pyélonéphrite rencontra le bacille dans une pleuro-pneumonie suppurée.

Enfin une observation de Wolf ; pleurésie purulente traitée par l'opération d'Estlander.

Dans ces six dernières observations, le bacille encapsulé de Friedlander existait seul.

Voici le résumé de l'observation de Siredey : homme de 60 ans, entre le 10 janvier 1897 à l'hôpital Saint-Antoine. Dans la nuit du 1[er] au 2 janvier, il se réveille découvert et tremblant de froid ; malade depuis, quoique ayant continué à travailler.

Le 11, poumon gauche normal ; à droite matité complète, du haut en bas de la poitrine, en avant et en

arrière; dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule son skodique ; les vibrations thoraciques sont abolies. A l'auscultation, souffle intense, tubaire en bas, avec le timbre cavitaire en haut; quelques crachats purulents, quelques autres visqueux. La température, à 38°,5 la veille au soir, est de 39,1 ; les urines sont légèrement albumineuses ; diagnostic : épanchement pleurétique avec hépatisation derrière.

Une ponction donne 600 grammes de sérosité louche, mais non purulente.

Le 14, l'état général étant toujours mauvais et la dyspnée intense, ponction qui donne 350 grammes de sérosité louche, analogue à la précédente.

L'état général est toujours mauvais, le malade se cachectise rapidement, l'expectoration augmente et se compose de gros crachats nummulaires ne contenant pas le bacille de Koch ; on pense cependant à une pneumonie caséeuse derrière l'épanchement.

Le 10 février, la matité s'est accrue de nouveau, l'oppression augmente ; la peau est œdématiée et un peu rouge, nouvelle ponction donnant issue à 600 grammes d'un pus épais, d'une odeur fétide.

Le malade meurt le 12 février.

A l'autopsie, légère altération des reins ; la plèvre droite contient environ 300 grammes de pus épais, horriblement fétide; dans le lobe inférieur du poumon droit, noyaux de gangrène entourés de broncho-pneumonie ; pas de tubercules.

L'examen bactériologique a montré dans le pus des ponctions, et dans les crachats, le bacille encapsulé de Friedlander, à l'état de pureté.

## IX

M. Comby a observé au pavillon d'isolement de l'hôpital Trousseau pendant l'année 1896, 500 cas de scarlatine.

Nous relèverons quelques particularités :

C'est de 3 à 9 ans que le plus grand nombre de cas a été observé (285).

La mortalité a été en bloc de 58 pour 500 (11,6 p. 100). M. Comby retranche 15 décès provenant de diphtéritiques qui lui ont été évacués du pavillon de la diphtérie lorsqu'ils ont présenté des symptômes de scarlatine.

Il ne reste plus que 8,8 p. 100 de mort.

Si on étudie cette mortalité d'après les âges des malades, on remarque que, avant 3 ans, on a eu 30 morts sur 90 malades, soit 33,3 p. 100, de 3 à 6 ans 13 p. 100, de 6 à 15 ans 3,75 p. 100.

Le Dr Comby a observé 15 cas de scarlatine maligne hyperthermique, tous terminés par la mort, malgré les bains froids (à 20°) répétés toutes les trois heures.

Dr Marc Jousset.

# REVUE DES JOURNAUX

## ÉRUPTION BULLEUSE CONSÉCUTIVE A L'ANTIPYRINE

M. Briquet (d'Armentières) cite le cas d'un jeune homme qui, depuis une fièvre typhoïde dont il ne lui reste aucune trace apparente, ne peut plus prendre la moindre quantité d'antipyrine sans voir se développer aux organes génitaux et sur la muqueuse buccale une éruption érythémateuse avec développement de bulles qui aboutissent ou non à des ulcérations. Les derniers accidents se produisirent sous l'influence d'une dose de 8 centigrammes du médicament et leur guérison ne fut obtenue qu'au bout de douze jours. (*Médecine moderne*, 2 janvier.)

## DU SULFATE DE QUININE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

M. Schwab a constaté que le sulfate de quinine produit sur la fibre musculaire utérine des contractions toujours intermittentes, analogues aux contractions physiologiques. Il n'offre donc pas les dangers de l'ergot de seigle. Pendant le travail, si les contractions utérines s'arrêtent ou sont très faibles, si elles sont courtes et inefficaces, le sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme pris en deux doses à dix minutes d'intervalle les ranime très rapidement (au bout de 20 à 25 minutes). Il facilite la dilatation du col. (*Médecine moderne*, 9 janvier.)

### TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS DES OS PAR LA MOELLE OSSEUSE

M. Th. Moffat Allison a employé la moelle osseuse (0,30 à 0,90 trois fois par jour) dans le traitement de certaines déformations des os et des articulations, et publie cinq observations à l'appui de sa pratique : un cas d'ostéomalacie, deux cas de courbure de la colonne vertébrale et deux cas d'ankylose articulaire. (*Médecine moderne*, 19 décembre.)

---

### INTOXICATION PAR LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH

Pansement de brûlure des mains et des avant-bras avec du sous-nitrate de bismuth.

Au bout de trois semaines, gonflement de la muqueuse buccale, angine, difficulté de la déglutition, haleine fétide. On prescrit des lavages boriqués ; ces phénomènes s'amendent sans disparaître. Huit jours après, apparition d'un liseré ardoisé sur le bord libre des gencives à la face externe comme à l'interne. La muqueuse des lèvres supérieure et inférieure est également recouverte de placards ardoisés en face des canines. En même temps la malade a perdu l'appétit et présente des vomissements alimentaires.

Ces accidents, mis sur le compte de l'emploi du bismuth, ont disparu avec la cause qui leur avait donné naissance. Cependant le liseré persistait encore trois semaines après son apparition. (*Médecine moderne*, 14 novembre.)

---

### TRAITEMENT DU PRURIT PAR LES FRICTIONS AVEC LA POMMADE A L'OXYDE JAUNE DE MERCURE

L'expérience clinique a montré à un confrère américain

M. le docteur E. H. Coover (de Harrisburg), que des onctions faites avec une pommade contenant 0 gr. 10 d'oxyde jaune de mercure pour 25 grammes de vaseline, calment rapidement les sensations prurigineuses les plus intenses et même les suppriment à la longue. Cette pommade doit être appliquée surtout le soir au moment du coucher, et aussi le matin, si c'est nécessaire. La partie qui est le siège des démangeaisons doit être lavée préalablement avec de l'eau chaude et du savon. Quand à l'onction, il faut la faire avec la paume de la main et d'une façon suffisamment énergique et prolongée. (*Semaine médicale*, 30 décembre.)

---

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LES INHALATIONS D'OZONE

MM. Labbé et Oudin ont fait connaître il y a déjà trois ou quatre ans les bons effets des inhalations d'ozone dans la coqueluche. M. Doumer a voulu expérimenter ce mode de traitement et l'a employé dans une famille où la mère et les quatre enfants étaient atteints d'une coqueluche bien caractérisée avec quintes variant de 20 à 60 par jour. L'état général de ces malades était satisfaisant, sauf pour un enfant de quatre ans qui présentait de la pâleur de la face, avait souvent des vomissements alimentaires et quelques épistaxis.

On fit deux fois par jour des inhalations d'ozone de 10 à 15 minutes.

Voici les résultats observés :

1° Dans tous les cas où les nuits étaient mauvaises, c'est-à-dire dans quatre, elles devinrent meilleures dès le second jour, c'est-à-dire après la quatrième inhalation ;

2° Le petit enfant qui avait, à peu près tous les jours, des vomissements alimentaires, n'en eut plus à partir du début du traitement;

3° Dès le second jour les quintes devinrent moins fréquentes et moins pénibles;

4° Toutes les fois qu'il y avait interruption dans le traitement, les quintes présentaient une tendance à revenir plus nombreuses;

5° Tous ces malades guérirent dans un laps de temps variable de 9 à 15 jours, après un nombre de séances ayant varié de 12 à 27;

6° Jusqu'ici il n'y a pas eu de récidive, les traitements remontent au milieu du mois d'août.

Ce sont des résultats qui paraissent assez encourageants. (*Journal de clin. et de thérap. infantile*, 12 novembre.)

---

## DIAGNOSTIC DE LA GOUTTE PAR LES RAYONS RÖNTGEN.

M. Potain a présenté à l'Académie des sciences (1) une série de radiographies des extrémités de sujets atteints de goutte et de rhumatisme chronique.

L'examen radiographique pourra servir au diagnostic différenciel de ces deux affections.

Tandis que, chez les rhumatisants, l'ostéite condensante des extrémités osseuses donne à celles-ci une opacité plus grande, chez les goutteux, au contraire, on remarque au niveau des extrémités des phalanges et des métacarpiens, parfois même sur le corps de l'os, des taches blanchâtres entourées le plus souvent d'une étroite auréole foncée. Ces résultats ont été obtenus sur le vivant.

---

(1) Séance du 18 janvier.



Des radiographies de pièces osseuses provenant de goutteux montrent que les taches translucides tiennent, non à un amincissement, ni à une raréfaction du tissu osseux, mais à la présence de tophus faisant saillie à la surface de l'os où à la transformation de la substance osseuse elle-même.

Cette transformation paraît être la substitution des urates au phosphate de chaux qui entre normalement dans la composition des os.

Comparant entre eux les différents sels qui entrent dans cette composition, les présentateurs, en effet, ont trouvé qu'ils sont très inégalement perméables aux rayons de Röntgen. Le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le chlorure de sodium le sont extrêmement peu. La soude et la magnésie le sont davantage et l'urate de chaux encore beaucoup plus. En se servant de deux petites boîtes de carton accolées, l'une en forme de parallélipipède, l'autre de prisme très allongé de même longueur et de même hauteur de base, l'une remplie d'urate de chaux, l'autre de phosphate de chaux tribasique, et les soumettant simultanément à la radiographie, il a été facile de constater que l'urate de chaux est huit fois plus transparent que le phosphate ; car l'unité de teinte des deux photographies ne se trouve que dans le point où l'épaisseur de ce dernier est huit fois moindre que celle de l'autre. On comprend par là que les points de l'os où les urates se substituent aux phosphates deviennent beaucoup plus transparents. On conçoit également que l'ostéite condensante, provoquée par ces dépôts dans leur voisinage, détermine la formation de zones relativement opaques.

La radiographie pourra donc aider le diagnostic, dans les cas où il y aura doute entre la goutte et le rhumatisme chronique osseux.

Chez les deux sujets affectés de nodosités d'Heberden, lésion dont la nature goutteuse est encore un sujet débattu, on trouve, au niveau des phalanges, des taches transparentes fort distinctes, qui semblent devoir trancher le différend en faveur de ceux qui admettent la goutte comme origine première de cette affection. (*France médicale*, 29 janvier.)

---

### TRAITEMENT DE L'ECZÉMA PAR L'ACIDE PICRIQUE EN APPLICATIONS EXTERNES

Le Dr Mac Lenan, de Glascow, dans les cas d'eczéma aigu, badigeonne abondamment la partie atteinte avec une solution saturée d'acide picrique (1). La démangeaison et la cuisson cessent aussitôt, et le médicament forme, au contact des surfaces ulcérées et suintantes, une couche protectrice composée de substances protéiques coagulées et de débris épithéliaux, sous laquelle la cicatrisation se fait rapidement. Au bout de quelques jours, lorsque cette croûte tombe, on trouve la peau sous-jacente parfaitement sèche, sans aucune rougeur, et recouverte d'un épiderme de nouvelle formation.

Chez les enfants atteints d'eczéma de la face et du cuir chevelu, affection qui, comme on sait, oppose une grande résistance aux moyens thérapeutiques habituels, M. Mac Lennan obtient des résultats fort encourageants en procédant de la façon suivante : après avoir coupé les cheveux ras et enlevé les croûtes au moyen de cataplasmes, on badigeonne matin et soir les parties atteintes avec la solution saturée d'acide picrique, et cela pendant trois ou quatre jours de suite ; le cuir chevelu et la face sont tenus

(1) L'acide picrique est soluble dans 86 parties d'eau.



recouverts d'un masque en calicot. Quelques jours plus tard, pour hâter la chute de la pellicule formée sur le tégument sous l'influence de l'acide picrique, on fait faire des applications émollientes. Si, après la chute de cette pellicule, on trouve des parties encore rouges ou suintantes, on badigeonne de nouveau avec la solution picrique. Grâce à ce mode de traitement, qui peut être combiné avec l'usage interne de l'arsenic ou d'autres altérants, les démangeaisons s'amendent rapidement, l'enfant devient tranquille, dort bien et son état général s'améliore. (*Semaine médicale*, 6 janvier.)

---

#### TRAITEMENT DE LA GALE PAR LE BAUME DU PÉROU

M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, ayant été témoin en 1878, à l'hôpital des vénériens de Naples, du traitement de la gale par ce moyen, l'a appliqué depuis à près de 300 cas à l'hôpital Saint-Lazare.

Ce traitement a, du reste, été préconisé dès 1863, par Petters (de Prague), par Nothnagel et Rossbach. Les recherches de M. Descouleurs, interne de M. Jullien, montrent que les acares mis en contact du baume du Pérou meurent en moins de 30 minutes, et que leurs œufs sont aussi frappés de mort, tandis qu'ils peuvent vivre seize heures dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich.

L'application du remède est des plus simples. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre à toute la surface du corps. L'agent par sa volatilité pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer. Le Dr Jullien fait enduire ses malades le soir ; ils passent ainsi la nuit et prennent un bain de propreté le lendemain matin. (*France médicale*, 30 octobre.)

# VARIÉTÉS

## L'HOMŒOPATHIE AUX ÉTATS-UNIS.

Voici quelques détails statistiques que nous empruntons au compte rendu du Congrès international de Londres. Ils font voir d'une façon évidente les progrès de l'homœopathie.

| | 1891 | 1896 |
|---|---|---|
| | — | — |
| Sociétés médicales homœopathiques nationales | 3 | 8 |
| Sociétés médicales homœopathiques sectionales | 2 | 1 |
| Sociétés médicales homœopathiques d'états | 29 | 33 |
| Sociétés médicales homœopathiques locales | 83 | 86 |
| Clubs médicaux homœopathiques | 21 | 35 |
| Sociétés médicales mixtes | 1 | 3 |
| Hôpitaux homœopathiques généraux | 40 | 65 |
| Hôpitaux homœopathiques spéciaux | 39 | 73 |
| Dispensaires homœopathiques | 51 | 69 |
| Journaux homœopathiques | 29 | 32 |
| Collèges médicaux homœopathiques | 16 | 20 |
| Nombre d'étudiants | 1.276 | 2.000 |
| Nombre de diplômes délivrés | 406 | 500 |

HOPITAUX HOMŒOPATHIQUES : nombre de lits.

| | 1891 | 1895 |
|---|---|---|
| Hôpitaux homœopathiques généraux | 2.344 | 3.517 |
| Hôpitaux homœopathiques spéciaux | 3.144 | 5.775 |

NOMBRE DES MALADES

| | 1891 | 1895 |
|---|---|---|
| Hôpitaux homœopathiques généraux | 14.272 | 27.871 |
| Hôpitaux homœopathiques spéciaux | 20.411 | 26.605 |
| Dispensaires homœopathiques | 134.956 | 210.866 |
| — — nombre des prescriptions | 377.881 | 854.679 |

## L'HOMŒOPATHIE EN BELGIQUE

*Dispensaires homœopathiques officiels du bureau de bienfaisance d'Anvers.*

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs que le bureau de bienfaisance d'Anvers avait confié à un de nos confrères homœopathes, le Dr Lambreghts fils, une consultation dans son dispensaire. Depuis lors, ces consultations ont été augmentées et nous empruntons au *Journal belge d'homœopathie* (1) les renseignements suivants.

Il y a aujourd'hui deux médecins homœopathes chargés de consultations dans les dispensaires officiels,

(1) Numéro de janvier-février 1897.

les Drs Lambreghts fils et Schepens, avec un suppléant, le Dr B. Schmitz.

Depuis le 1er mai dernier, le Dr Lambreghts est chargé de soigner, à l'infirmerie des enfants abandonnés, un certain nombre de petits malades.

En 1896, il a été fait dans les divers dispensaires officiels, 10.010 prescriptions homœopathiques, qui se décomposent de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Dispensaire de la rue des Aveugles, Dr Lambreghts. . . . . . . . . . . | 6.236 |
| Dispensaire des rues Delin et de la Fraternité, Dr Schepens. . . . . . | 3.326 |
| Enfants abandonnés, Dr Lambreghts. | 265 |
| Dr B. Schmitz, médecin suppléant. . | 183 |
| | 10.010 |

Si on compare ce chiffre à ceux des années précédentes, on verra combien l'homœopathie a progressé dans les dispensaires officiels de la ville d'Anvers.

| | Prescriptions. |
|---|---|
| 1892. . . . . . . . . | 2.922 |
| 1893. . . . . . . . . | 4.663 |
| 1894. . . . . . . . . | 4.746 |
| 1895. . . . . . . . . | 7.003 |
| 1896. . . . . . . . . | 10.010 |

---

*Le Directeur-Gérant* : P. JOUSSET.

---

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

# L'ART MÉDICAL

AVRIL 1897

# HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

## SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

---

### Assemblée générale des bienfaiteurs

*le* 28 *mars* 1897.

Le Dr P. Jousset, président de la commission administrative, ouvre la séance.

M. le Dr Cartier, chargé cette année du rapport médical pour l'exercice 1896, donne les indications suivantes :

Au 1er janvier 1896, 38 malades étaient présents ; 274 sont entrés dans le cours de l'année, ce qui donne 312 malades pour l'exercice 1896. Ces patients ont fourni 11.010 journées de séjour à l'hôpital.

Sur ces 312 malades, 28 sont morts (8,97 0/0). La plupart des décès sont attribuables aux maladies chroniques et incurables que nous sommes trop souvent obligés d'admettre à la dernière période de la cachexie, par charité, par complaisance, ou par protection.

Les seules maladies aiguës que nous ayions perdues sont 2 cas de variole d'une extrême gravité, et tels qu'on les voit rarement depuis l'usage répandu de la vaccine. L'un d'eux, atteint d'une variole hémorrhagique, est mort le soir même de son entrée à l'hôpital; le second, présentant une forme confluente, a survécu quelques jours.

La maladie bronzée d'Addison est une affection très rare, sur laquelle la thérapeutique n'a pu faire encore de nombreux essais; jusqu'à ce jour, elle est réputée comme incurable.

Nous n'avons perdu aucune pneumonie (4 cas), aucune fièvre typhoïde (5 cas) aucune scarlatine (13 cas), aucune diphtérie (10 cas); elles n'ont cependant pas été toutes soignées par le sérum de Roux.

Cette année, les consultations gratuites se sont élevées à 9.665.

Voici la liste des principales maladies traitées en 1896:

Maladie bronzée d'Addison, 1 décès.
Variole, 2 décès.
Hépatite, 1 décès.
Méningite, 1 décès.
Adénie, 1 décès.
Albuminurie, 1 décès.
Paralysie, 3 cas, dont un décès.
Cancer, 14 cas, dont 2 décès.
Pleurésie, 10 cas, dont un décès.
Phtisie, 53 cas, dont 10 décès.
Affections cardiaques, 25 cas, dont 7 décès.
Pneumonie, 4 cas, sans décès.
Rhumatisme, 9 cas, sans décès.
Fièvre typhoïde, 5 cas, sans décès.

Érysipèle, 6 cas, sans décès.
Scarlatine, 13 cas, sans décès.
Rougeole, 8 cas, sans décès.
Angine simple, 11 cas, sans décès.
Angine diphtéritique, 10 cas, sans décès (1).
Cirrhose, 2 cas, sans décès.
Ictère, 1 cas, sans décès.
Entérite, 4 cas, sans décès.
Hystérie, 8 cas, sans décès.
Chlorose, anémie, 8 cas, sans décès.
Eczéma, 2 cas, sans décès.
Lèpre, 1 cas, sans décès.
Ulcère variqueux, 3 cas, sans décès
Phlébite, 3 cas, sans décès.
Asthme, 3 cas, sans décès.
Coqueluche, 3 cas, sans décès.
Diabète, 2 cas, sans décès.
Appendicite, 2 cas, sans décès.

Le Dr Marc Jousset, lit le rapport financier pour l'année 1896.

*Avoir :*

| | |
|---|---|
| En caisse le 1er janvier . . . . . . . . | 6.195,05 |
| Rentes (titres en portefeuille). . . . | 6.235,50 |
| — (titres chez le notaire) . . . . . | 9.556,40 |
| Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais). . . . . . . . . . . . . | 56,75 |
| Souscriptions et dons. . . . . . . . | 12.983,35 |
| *A reporter.* . . | 35.027,05 |

(1) Le diagnostic bactériologique a été fait pour chaque cas au laboratoire de l'hôpital.

| | |
|---|---|
| *Report.* . . | 35.027,05 |
| Produits de l'hôpital (chambres payantes ; dons des malades et de leurs bienfaiteurs). . . . . . . . . . . . | 26.201,20 |
| Somme provenant de la liquidation de la Société anonyme des hôpitaux homœopathiques . : . . . . . . . . | 3.294,65 |
| | 64.522,90 |

*Dépenses :*

| | |
|---|---|
| Nourriture. . . . . . . . . . . . . | 15.515,50 |
| Vin (entrée). . . . . . . . . . . . | 976,00 |
| Cognac et Rhum. . . . . . . . . . | 150,00 |
| Eclairage. . . . . . . . . . . . . | 1.859,80 |
| Eau. . . . . . . . . . . . . . . . | 353,55 |
| Blanchissage. . . . . . . . . . . . | 1.810,00 |
| Divers (chaudronn., porcel., verr., etc.). | 1.210,80 |
| Lingerie. . . . . . . . . . . . . | 500.00 |
| Contributions. . . . . . . . . . . | 1.820,40 |
| Charbon . . . . . . . . . . . . . | 4.863,80 |
| Assurances . . . . . . . . . . . . | 86,65 |
| Honoraires de l'architecte. . . . . . . | 1.013,30 |
| Mémoires : Lepautre, horloger . . . . | 40,00 |
| — Gilon, serrurier. . . . . . . . | 964,00 |
| — Dubief, canalisation . . . . . . | 1.132,00 |
| — du fumiste . . . . . . . . . . | 1.564,00 |
| — du maçon . . . . . . . . . . | 582,70 |
| — du peintre. . . . . . . . . . | 244,30 |
| — Collin, instruments de chirurgie. . | 31,75 |
| Intérêts dûs sur le terrain. . . . . . . | 3.000,00 |
| *A reporter.* . . | 37.718,55 |

| | |
|---|---|
| *Report.* . . | 37.718,55 |
| Divers (impression des carnets de consultations, compte rendu, etc.). . . . | 890,35 |
| Frais du Crédit Lyonnais. . . . . . | 28,70 |
| — du notaire. . . . . . . . . . | 29,30 |
| Traitement des internes. . . . . . | 1.262,50 |
| — de l'aumônier. . . . . . | 750,00 |
| — des sœurs. . . . . . . | 1.700,00 |
| — du concierge. . . . . . | 1.700,00 |
| Domestiques, gardes de nuit . . . . . | 1.850,00 |
| Achats de 200 francs de rente 3 0/0. . . | 6.815,95 |
| | 52.745,35 |

*Balance :*

| | |
|---|---|
| Avoir. . . . . . . . . . . . . . | 64.522,90 |
| Dépenses. . . . . . . . . . . . | 52.745,35 |
| Reste au 1er janvier 1897. . . . . . | 11.777,55 |

Si nous retranchons du chiffre des dépenses 6.815 95, qui ont été placés en rentes 3 p. 100, nous voyons que nous n'avons dépensé en 1896 que 45.929,40, somme qui peut être considérée comme notre moyenne à peu près normale.

Il y a parmi nos dépenses une somme de 3.000 francs, représentant l'intérêt de 60.000 francs encore dus sur le terrain de l'hôpital; nous allons demander au Conseil d'État l'autorisation de rembourser cette créance en vendant des rentes 3 p. 100; en effet, aux cours actuels 1.755 francs de rente représentant un capital de 60.000 francs, nous aurions donc une économie de 1.250 francs par an en remboursant notre créancier.

Vous voyez que votre œuvre, l'hôpital Saint-Jacques,

prospère et que l'on peut prévoir le jour où son avenir sera assuré.

Nous vous demandons encore de ne pas nous abandonner, de nous continuer vos dons pour arriver à perfectionner notre installation et pour pouvoir répandre encore plus les bienfaits de l'homœopathie.

---

## MATIÈRE MÉDICALE

### EXPÉRIENCES SUR L'ACONIT

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

*Expérience sur un cobaye.* — La préparation employée a été un extrait de racine étendue dans l'eau, I goutte correspondant à V gouttes de la teinture de la pharmacopée homœopathique.

Les injections furent commencées le 9 janvier à la dose de 2 gouttes. Le cobaye, très bien portant, pesait 680 grammes et sa température était en moyenne de 38,5.

La première injection fit descendre au bout d'une heure la température à 37° qui remonta le soir à 38,5.

Le 10 janvier, même dose. Cette fois la température monte directement le soir à 39°. Le lendemain matin 39,5.

Les jours suivants, sous l'influence de la même dose, la température baissait dans l'heure qui suivait l'injection de 1 jusqu'à 3 dixièmes de degré, et remontait le soir jusqu'à 39,8.

A partir du 19 janvier sous l'influence de 3 gouttes, la température finit par atteindre 40° mais cette fois

l'ascension avait lieu immédiatement après l'injection et la température redescendait à 39,2 le soir.

On suspendit les injections jusqu'au 25 et pendant ce temps, la température restait à peu près stationnaire, mais plus élevée que la normale, à 39°.

Le 25, avec V gouttes, ascension au bout d'une heure à 40,9 puis descente à 39,3. Les jours suivants, jusqu'au 29, avec XV et même XX gouttes, il se produit seulement une petite ascension de deux à trois divisions dans l'heure qui suit l'injection. La température reste élevée entre 39,5 et 40°.

Le cobaye semble accoutumé.

Le 1er février, après 48 heures de repos, la température étant descendue à 38,5, qui est la normale, nous injectons 1/20 de milligrammes d'Aconitine cristallisée, la respiration du cobaye devient de plus en plus rare, les membres postérieurs sont paralysés. Il succombe une heure un quart après l'injection.

*Autopsie.* — Les poumons sont congestionnés, rougeur de la plèvre et du péritoine. Les ventricules du cœur sont vides et les oreillettes gorgées de sang. L'examen histologique n'a pas été fait.

En résumé, chez ce cobaye l'aconit a élevé la température en moyenne d'un degré, 39,5, quelquefois de 2 degrés 40,8.

Au début de l'expérience, l'ascension de la température a toujours été précédée d'un abaissement notable pendant la première heure. Plus tard, l'ascension se faisait tout de suite et la température redescendait, mais se tenait toujours au-dessus de la normale. Le poids du cobaye a diminué de 110 grammes en moins d'un mois.

*Expérience sur le lapin n° 1.*

Ce lapin a été gardé en observation pendant quinze jours afin d'étudier sa température. Cette température est très élevée et très variable à l'état normal. De 38° à 39,2 pendant les huit premiers jours, elle s'est ensuite élevée au-dessus de 39° variant de 39° à 39,5 sans cause connue. Nous avons employé pendant sept jours un extrait aqueux d'Aconit étendu d'eau ; nous nous sommes assurés que cette préparation était peu énergique. De cette préparation nous avons injecté chaque jour V gouttes et VI gouttes, et nous avons obtenu les effets suivants ; en général, deux heures après l'injection la température montait de deux dixièmes de degré, quelquefois de cinq dixièmes, à 40° en général. Une fois, avec VI gouttes, la température a commencé par baisser dans les deux premières heures de cinq dixièmes (38,5) pour remonter le soir à son point de départ (39,6).

Après avoir laissé l'animal reposer un jour pendant lequel la température est restée uniformément à 39,2, nous avons injecté, le 14 janvier, une seule goutte d'un extrait de racine beaucoup plus énergique et le soir la température était descendue (1) à 37,8 pour remonter spontanément le lendemain matin à 39,5 ; trois dixièmes au-dessus de la température au début de cette expérimentation.

Les deux jours suivants, injection d'une goutte chaque fois, la température descend, mais seulement de deux dixièmes pour remonter à son niveau 39,5.

---

(1) Chaque goutte correspondait à V gouttes de l'alcoolature homœopathique.

Le 17 janvier, 2 gouttes sont injectées. La température descend de deux dixièmes (39°) au bout de deux heures, puis remonte au-dessus de 40° le lendemain matin.

Le 18, injection de III gouttes; au bout de deux heures descente considérable de presque trois degrés (37,2). Le soir, la température remonte d'un degré et le lendemain matin elle est à 40,1. A partir de ce moment, les injections sont continuées pendant huit jours à V gouttes puis à X, XV et XX gouttes. La température reste presque uniformément à 40° sans présenter les oscillations du début, soit que le lapin soit accoutumé à l'Aconit, soit que la préparation soit un peu altérée.

Après trois jours de repos, pendant lesquels la température oscilla très peu, entre 39,8 et 40° nous prîmes une solution d'Aconitine dans de l'alcool.

Le 1er février, on injecta 1/20 de milligramme d'Aconitine au même lapin a neuf heures et demie du matin; à onze heures et demie la température était descendue de 39,8 à 38,5. Une heure après, elle remontait d'un degré, et, le soir, elle atteignait 40°1.

Le 2, pas d'injection. La température oscille de 40° à 40,1.

Le 3, de nouveau 1/20 de milligramme d'Aconitine. Deux heures après, la température était tombée à 38,1. Une heure après, elle était remontée de un degré et demi. Le soir, elle atteignait 40,1.

Le 4, même injection. Cette fois la température ne baisse qu'à 38,6. L'ascension du soir est moins marquée que la veille, car elle reste un peu au-dessous de 40°.

Le 5, on double la dose. 2/20 de milligramme deux

heures après, descente considérable jusqu'à 37°, puis le soir, la température atteint 40,1.

Les injections sont suspendues les trois jours suivants. La température oscille entre 39,8 et 40,1.

Le 10, 4/20 de milligramme; deux heures après descente de un degré et demi (38,2). Le soir, ascension d'un degré (40°).

Le 11, 5/20 de milligramme. La température reste à 40° sans descendre. (Pourquoi ?)

Le lendemain 12, on injecte 1/2 milligramme d'Aconitine. Le lapin est pris d'une grande agitation ; cris d'angoisse ; au bout de dix minutes convulsions cloniques des quatre membres et mort.

*Autopsie. Examen macroscopique.* — La plèvre, le péritoine, le péricarde ne présentent aucune trace d'épanchement. Adhérence du péricarde à la pointe du cœur. Les valvules mitrales sont épaissies par place ; leurs bords, en particulier, sont rosés et épais. Le foie est très gros et violacé. La capsule des reins se détache très difficilement et entraîne des parcelles de la substance corticale. On distingue à peine les deux substances. Les reins sont gros et congestionnés. La rate et le poumon paraissent sains.

*Examen histologique.* — Sur la valvule mitrale, en certains endroits légers flocons muqueux au niveau desquels l'endothélium paraît avoir disparu ; ces points se retrouvent sur l'une et l'autre face de la valvule.

Dans le myocarde un très petit extravasanguin au voisinage d'insertion de la mitrale.

En résumé, chez ce lapin l'aconit a produit une élévation absolue de température précédée habituellement pendant la première heure d'un abaissement de 2 à 8

dixièmes de degré avec les petites doses. Très rarement avec ces mêmes petites doses, la température s'est élevée directement.

Avec les injections de préparation de racine, beaucoup plus active, nous avons eu des descentes beaucoup plus considérables jusqu'à deux degrés et demi aboutissant toujours à une ascension habituellement proportionnelle à la descente.

Avec l'Aconitine, nous avons eu une action comparable à celle de l'action de la racine d'Aconit. La température s'est maintenue pendant toute cette période à 40,1 avec des descentes de un deux et même trois degrés dans l'heure qui suivait l'injection. Une fois, le 11 février, après l'injection de 5/20 de milligramme la température n'a point baissé. Nous avons pensé que, ce jour, l'injection a été mal faite (par un défaut de la seringue sans doute), parce que toujours les fortes doses ont fait baisser la température.

*Expériences sur le lapin n° 2.*

Les injections ont été faites pendant quinze jours avec l'extrait de racine étendue d'eau : I goutte correspondant à V gouttes d'alcoolature d'aconit.

Les 14, 15, 16 janvier on a injecté une demi-goutte. La température a peu varié. Elle s'abaissait d'abord de 1 ou 2 dixièmes, puis remontait le soir, mais ne dépassait jamais 39,5.

Le 18, ainsi que le 19 et le 20, avec 3 gouttes de la même solution, la température s'élève directement à 40° et 40,1 le soir pour redescendre le matin à 39,8.

Le 21, à V gouttes, la température monta à 40,1 après être descendue de 40° à 39,8.

Les 22, 23, 24, pas d'injection. La température redescend et se maintient entre 39,2 et 39,4 ; température normale.

Le 25, on reprend V gouttes. La température s'élève directement à 40° pour redescendre le lendemain matin à 39,8.

Les 26, 27, 28, 29, on injecte progressivement X, XV et XX gouttes sans obtenir un effet plus marqué. Ainsi la température s'élève aussitôt l'injection, atteint 40° puis redescend à 39°5.

Les 30, 31 janvier et 1er février, pas d'injection.

Le 2, 1/20 de milligramme d'aconitine. Le soir, la température remonte directement à 40,2, et redescend le matin à 40°.

Le 3, même injection. La température, après avoir baissé de 2/10 de degrés monte à 40° le matin et y reste le soir.

Le 4, la température était le matin à 39,9. On injecte 2/20 de milligramme. Deux heures après, la température s'abaissait de 4° (36°) puis elle remontait rapidement et le soir atteignait 40,1.

Le lendemain matin 5, la température était à 39,8, on injecte encore 2/20 de milligramme. Deux heures après, la température tombe à 37,2 puis se relève le soir à 40°.

Le 6, pas d'injection. La température reste à 39,5 le matin et 39,8 le soir.

Le 7, on injecte 7/20 de milligramme. La température baisse à 37,2. Grande agitation, course désordonnée, convulsions cloniques et mort deux heures après l'injection.

*Autopsie. Examen macroscopique.* — Le foie, d'un rouge violacé sombre, est très volumineux. Les reins très con-

gestionnés et très gros ; les deux substances ne se distinguent plus.

Rien dans les séreuses. Le cœur paraît normal et le poumon est exsangue.

*Examen histologique.* — Sur la valvule mitrale, altération analogue à celle du lapin précédent, mais de plus épaississement de la valvule avec prolifération des noyaux du tissu conjonctif de cette valvule.

Myocarde très congestionné : les vaisseaux sont très distendus par les globules rouges (Lefas).

En résumé, chez ce lapin, l'aconit a produit une élévation de température, élévation précédée d'un léger abaissement avec les petites doses et d'un abaissement considérable (atteignant 4°) avec les doses toxiques.

En général, l'ascension thermique était proportionnelle à l'abaissement primitif produit par l'aconit.

Quelquefois avec les petites doses, l'ascension a été directe.

Remarquons encore que les jours où on n'a pas fait d'injection, la température s'est maintenue à l'état normal, ce qui n'avait pas lieu pour le lapin n° 1, qui, sous l'influence de l'aconitine, a conservé, même les jours où il ne recevait pas d'injection, une température de 40°.

De ces expériences il résulte que l'aconit élève toujours la température ; qu'avec les *doses faibles* cette élévation est souvent directe et alors suivie d'un très léger abaissement au bout de douze heures ; que, dans certains cas, l'effet primitif est un très léger abaissement suivi d'une élévation de température après quelques heures. Qu'avec les *doses très fortes et toxiques* l'abaissement est le fait primitif, qu'il se produit rapidement et est suivi d'une élévation considérable de température.

En général, l'élévation de la température a été proportionnée à son abaissement quand cet abaissement a eu lieu.

Non seulement l'aconit est un médicament *thermogène*, mais il a encore une action sur la valvule mitrale. En 1872, nous avions déjà noté la production d'une endocardite aiguë localisée aux valvules mitrales chez les lapins tués par l'aconit. Nous avons retrouvé les mêmes lésions dans nos expériences de cette année.

Notons encore, comme symptômes toxiques, la grande agitation, l'angoisse avec cris et enfin les convulsions cloniques généralisées qui ont marqué les derniers instants de nos lapins.

Dr P. Jousset.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### ACTION DE LA TUBERCULINE DE KLEBS SUR LA TUBERCULOSE DU COBAYE.

(*Travail du laboratoire de l'hopital Saint-Jacques.*)

Nous avons commencé quelques expériences pour essayer d'immuniser les animaux contre l'inoculation de la tuberculose, en nous servant de culture de tuberculose sur pomme de terre, culture qui nous a été fournie par l'institut Pasteur et que nous avons injectée à dose d'abord infinitésimale, puis à dose pondérable à divers animaux.

Nous allons extraire de nos expériences les résultats négatifs obtenus chez les cobayes, résultats qui nous ont permis d'expérimenter la valeur thérapeutique de la tuberculine de Klebs.

Depuis déjà plusieurs mois nous avions fait chez des tuberculeux de l'hôpital Saint-Jacques des injections de tuberculose de Klebs avec des résultats plutôt satisfaisants qui ont été en partie publiés dans l'*Art médical*; mais nous désirions voir sur le cobaye si nous obtiendrions ainsi quelque chose.

Nous avons pris quatre cobayes et nous avons commencé à leur injecter tous les trois jours environ de la culture tuberculeuse atténuée ;

Les 5, 8 et 11 août 1896, nous avons injecté à chaque cobaye 1 millionnième de gramme de culture tuberculeuse.

Les 14, 17 et 20. Un cent-millième de gramme ;

Les 23, 26 et 30. Un dix-millième de gramme.

Les 3, 7 et 11 septembre. Un milligramme de culture tuberculeuse.

Les 14, 18 et 22. Un centigramme de culture tuberculeuse.

Voici le relevé des poids de ces animaux :

| | Cobaye nº 1. | Cobaye nº 2. | Cobaye nº 3. | Cobaye nº 4. |
|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — |
| Le 5 avril. . | 325 gr. | 415 gr. | 385 gr. | 350 gr. |
| Le 8 — | 395 | 445 | 390 | 360 |
| Le 14 — | 435 | 515 | 445 | 450 |
| Le 17 — | 450 | 525 | 440 | 455 |
| Le 20 — | 470 | 535 | 465 | 490 |
| Le 23 — | 475 | 525 | 455 | 495 |
| Le 27 — | 460 | 520 | 450 | 485 |
| Le 1er septembre. | 440 | 450 | 445 | 480 |
| Le 3 — | 425 | 420 | 420 | 460 |
| Le 7 — | 415 | 410 | 375 | 385 |
| Le 10 — | 410 | 420 | 340 | 375 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Le 14 septembre. | 420 | 420 | 330 | 390 |
| Le 18 — | 430 | 420 | 355 | 340 |
| Le 22 — | 420 | 415 | 325 | 345 |
| Le 27 — | 395 | 390 | 340 | 320 |

Si on examine la suite de ces différents poids, on remarque que les cobayes, qui étaient jeunes, ont continué à engraisser d'une façon assez identique jusqu'au 20 ou au 23 aout, ils ont augmenté : le n° 1, de 150 grammes ; le n° 2, de 120 grammes ; le n° 3, de 80 grammes ; le n° 4, de 145 grammes. A partir du 20 ou du 23 août ils diminuent d'une façon progressive pour avoir perdu, le 27 septembre, cinq jours après la dernière injection, le n° 1, 80 grammes ; le n° 2, 145 grammes ; le n° 3, 125 grammes ; le n° 4, 175 grammes.

Il est donc bien évident que nos injections de culture tuberculeuse à doses progressivement croissantes ne les ont pas immunisés et que tous les quatre sont devenus tuberculeux.

Nous pensons devoir expérimenter sur eux l'action curative de la tuberculine de Klebs (tuberculine de Koch privée de ses éléments phlogogènes).

Nous choisissons les cobayes n° 1 et n° 4, c'est-à-dire celui qui a le moins perdu de poids et celui qui en a le plus perdu pour leur faire ces injections.

Le 2 et le 9 octobre. On fait aux cobayes n$^{os}$ 1 et n$^{os}$ 4 une injection d'un centimètre cube d'une 3$^{e}$ dilution décimale de tuberculine de Klebs (soit 0 gr. 001 de tuberculine).

Voici les poids des différents cobayes.

| | Cobaye n° 1. | Cobaye n° 2. | Cob. n° 3. | Cob. n° 4. |
|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — |
| Le 27 septembre. | 395 | 390 | 340 | 320 |
| Le 2 octobre. . | 455 | 365 | 385 | 335 |
| Le 5 — | 465 | 350 | 355 | 405 |
| Le 9 — | 480 | 380 | 410 | 455 |
| Le 14 — | 515 | 360 | 400 | 495 |

Le 15 octobre. Mort du cobaye n° 2. Si on se reporte aux poids de cet animal on voit que, du 27 septembre au 15 octobre, veille de sa mort, il avait encore maigri de 30 grammes. Le n° 3, qui comme lui n'est pas traité, a cependant augmenté de 60 grammes, les n°s 1 et 4 qui ont reçu les deux injections de tuberculine de Klebs ont augmenté : le premier de 120 grammes, le second de 175 grammes.

A l'autopsie du cobaye n° 2, nous avons trouvé le péritoine parsemé de tubercules qui étaient surtout abondants sur le grand épiploon ; la rate et le foie en présentaient aussi un certain nombre; il n'y en avait que quelques-uns à la surface des poumons.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Le 19 octobre. . | 515 | | 410 | 520 |
| Le 22 — | 525 | | 400 | 535 |
| Le 26 — | 500 | | 370 | 520 |
| Le 29 — | 515 | | 380 | 550 |
| Le 2 novembre. | 520 | | 375 | 550 |

Le 4. Mort du cobaye n° 3. Depuis le 19 octobre, il avait maigri de 35 grammes.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale une assez grande quantité de liquide citrin. On remarque à un point d'inoculation, une masse caséeuse de la grosseur d'une noix, adhérente au diaphragme, aux masses intes-

tinales, à l'épiploon et à la paroi abdominale. Le *péritoine* pariétal et viscéral est parsemé de granulations tuberculeuses ; il y a des adhérences entre les anses intestinales et la paroi abdominale. Le *foie* volumineux offre à sa surface des granulations nombreuses de grosseur variable ; à la coupe, il paraît farci de tubercules. La *rate*, grosse et hyperhémiée, est remplie de granulations qui sont visibles par transparence. L'ouverture des *plèvres* laisse échapper une assez grande quantité de liquide séreux ; on trouve à la surface du poumon un grand nombre de granulations.

Les *poumons* sont congestionnés et parsemés de tubercules. L'examen bactériologique des tubercules abdominaux a montré une grande quantité de bacilles de Koch :

| | Cobaye n° 1. | Cobaye n° 4. |
|---|---|---|
| | — | — |
| Le 7 novembre. | 540 | 565 |
| Le 12 — | 530 | 495 |
| Le 16 — | 560 | 555 |
| Le 19 — | 535 | 535 |
| Le 23 — | 505 | 525 |
| Le 26 — | 505 | 525 |
| Le 30 — | 525 | 550 |
| Le 4 décembre. | 515 | 550 |
| Le 9 — | 520 | 605 |
| Le 14 — | 530 | 630 |
| Le 19 — | 515 | 620 |
| Le 23 — | 495 | 615 |
| Le 28 — | 475 | 625 |

Les 16, 24, 31 octobre, les 20 et 28 novembre, les 5, 11 et 20 décembre on a fait de nouvelles injections de un milligramme de tuberculine de Klebs.

Le cobaye n° 1 qui avait d'abord engraissé sous l'in-

fluence de ce traitement s'est mis a maigrir et il meurt le 31 décembre.

L'autopsie fit voir une masse caséeuse au niveau d'un des points d'inoculation ; un assez grand nombre de granulations tuberculeuses sur le péritoine, la rate, le foie ; quelques granulations sur la surface des poumons ; le testicule gauche présentait une masse caséeuse ramollie.

Le cobaye n° 4, celui qui avait le plus maigri au moment où on a commencé les injections de tuberculine de Klebs, continue à vivre et à se maintenir, à un poids suffisant :

| | |
|---|---|
| Le 9 janvier. . . . . | 590 grammes. |
| Le 20 — | 570 — |
| Le 28 — | 570 — |
| Le 8 février.. . . . . | 590 — |
| Le 14 — | 590 — |

On a continué le traitement par les injections de tuberculine de Klebs, pratiquées les 5, 12, 23 et 31 janvier, le 9 février.

Le 20 février, on fait une injection de tuberculine de Koch pour voir si le cobaye est tuberculeux ; sous l'influence de cette injection, il meurt le 23 et à l'autopsie on rencontre des tubercules disséminées dans les divers organes.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces expériences est que la tuberculine de Klebs a une action manifeste sur la marche de la tuberculose qu'elle améliore.

La survie de nos deux cobayes a été de deux mois environ pour le cobaye n° 1 et de près de quatre mois pour le cobaye n° 4 ; encore pour ce dernier aurions-nous peut-être obtenu une amélioration plus grande et une

survie plus durable si l'injection de tuberculine de Koch, faite dans un but expérimental pour rechercher si la tuberculose évoluait toujours, n'avait pas amené rapidement la mort.

Nous sommes donc en droit de conclure que la tuberculine de Klebs employée à dose assez forte (un milligramme chaque fois au cobaye) amène une amélioration dans la marche de la tuberculose et permet une survie assez longue. Dr MARC JOUSSET.

---

## TRAITEMENT DES MORSURES DE SERPENT PAR LE SÉRUM ANTIVENIMEUX.

On retrouve dans la tradition médicale des faits qui démontrent l'efficacité du venin des serpents venimeux pour guérir la morsure de ces mêmes serpents. En Afrique, les nègres ont coutume quand ils sont mordus par les reptiles si dangereux de ce pays, d'avaler quelques gouttes du venin de ces serpents et de s'inoculer dans des incisions faites autour de la morsure du venin desséché ; cette pratique les met à l'abri des suites de la piqûre (voir l'*Art médical*, année 1886, t. LXII, p. 152).

On trouve dans le livre de Maurice Charas (nouvelles expériences sur la vipère publié en 1694) deux observations à l'appui de cette thérapeutique *isopathique*. Dans une première expérience ce médecin fit mordre par trois fois l'oreille d'un chien, puis il lui présenta la tête et le cou d'une vipère légèrement grillés. Le chien les avala immédiatement et cet animal en fut quitte pour une petite enflure qu'il eut aux endroits des morsures et qui disparut au bout de trois et quatre jours.

Dans une seconde expérience, le D[r] Charas ayant encore fait mordre un chien par trois fois à une oreille, présenta, à ce chien, la tête de la vipère qui l'avait mordu. Mais comme ce chien refusait d'y toucher, le médecin écrasa la tête dans un mortier et la fit avaler par force au chien. Puis il frotta les blessures avec le sang de la même vipère. Le succès fut le même que dans l'expérience précédente et le chien n'éprouva aucune des souffrances qui suivent ordinairement les morsures de vipère. (*Art médical*, tome XX, page 37.)

M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, vient de publier dans les Annales de Pasteur (25 mars 1897) un mémoire qui est une démonstration expérimentale de cette vérité scientifique que le *venin guérit le venin.*

Le sérum antivenimeux est obtenu à l'aide de chevaux immunisés par des inoculations successives et graduées des venins les plus actifs. Une dose de 0,10 centimètres cube représente au moins 20.000 unités antivenimeuses.

Au mois de juillet 1896, une commission s'est réunie dans les laboratoires du *Royal College of Physicians and Surgeons*, à Londres, et a vérifié devant M. Calmette l'efficacité du sérum antivenimeux.

Dans une première expérience on a injecté préventivement à 6 lapins 3 centimètres cubes de sérum antivenimeux dans la veine marginale de l'oreille. Cette injection a été faite à neuf heures du matin.

Cinq heures après, ces 6 lapins ont reçu chacun une dose de venin calculée pour tuer sûrement en 20 minutes par voie intra-veineuse ; 2 lapins témoins ont reçu la même dose.

Les deux témoins ont succombé l'un en seize minutes,

l'autre en dix-sept minutes. Les 6 lapins vaccinés n'ont pas éprouvé le moindre malaise.

Dans une seconde expérience, 8 lapins ont reçu simultanément par voie sous-cutanée, une dose de venin calculée pour tuer sûrement en deux heures.

Quatre de ces lapins, qui ont reçu 3 centimètres cube de sérum dans la veine marginale de l'oreille, 2 au bout d'une demi-heure et 2 autres au bout d'une heure, n'ont éprouvé aucun accident.

Des deux autres lapins qui devaient être traités une heure et demie après inoculation du venin, l'un mourut avant d'avoir reçu le sérum, l'autre, quoique très malade, reçut 0,05 centimètres cube de sérum par injection veineuse et ne tarda pas à se rétablir complètement. Les deux autres lapins non traités et réservés comme témoins, succombèrent l'un en une heure quarante et l'autre en une heure quarante-cinq.

Le mémoire de M. Calmette comprend ensuite sept observations de personnes mordues par les serpents des pays chauds et guéris par l'injection du sérum antivenimeux. Nous allons résumer ces observations.

La première observation a trait à la morsure d'un garçon de laboratoire par le naja tripudians. Ce garçon fut mordu très gravement à l'index de la main droite : insensibilité, engourdissement de l'avant-bras, œdème de la main et du poignet, commencement de contracture.

Une heure après l'accident on pratique sous la peau du ventre une injection de 0,12 centimètres cube de sérum antivenimeux. Le lendemain, l'état général est bon, les douleurs sont calmées; il reste seulement un peu de gonflement et de raideur. Deux jours après, guérison complète; le malade reprend son service. Une femme indi-

gène mordue le même jour par un *naja*, n'ayant pas reçu de secours, mourut en deux heures.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un militaire mordu aux pieds par le *bungarus cœruleus* ; une ligature avait été placée sur la jambe au-dessus du genou. Dix minutes après, ce militaire reçut en injection sous-cutanée 0,20 centimètres cubes de sérum antivenimeux. Quelques centimètres cube d'hypochlorite de chaux au soixantième furent injectés dans la plaie.

Deux heures après il y eut un peu d'hypothermie. Le pouls était plein et lent. Au bout de deux heures le cavalier était complètement guéri.

La troisième observation a pour sujet un jeune noir mordu aux pieds par un *bothrops lanceolatus* de grande taille. Injection de sérum au ventre deux heures après l'accident. Injection dans la morsure de quelques centimètres cube d'hypochlorite de chaux. Guérison complète et rapide.

La quatrième observation a trait à un tirailleur Demba qui fut mordu au pied gauche par le *naja noir* de Guinée. Au bout d'une demi-heure, et malgré une ligature fortement serrée autour du membre, les symptômes alarmants se manifestent ; le malade tombe peu à peu dans un état voisin de la stupeur ; sueurs froides généralisées, température au-dessous de la normale, pouls filiforme à 140, irrégularité du cœur, respiration gênée, vomissements alimentaires et bilieux, œdème considérable qui envahit le membre blessé même au-dessus de la ligature, spasme et douleur atroce dans ce membre, tendance à l'asphyxie.

3 injections successives de 10, de 3 puis de 2 centimètres cubes de sérum antivenimeux sont pratiqués sur la peau du ventre.

Le lendemain matin les accidents généraux avaient disparu. Vingt-quatre heures après l'accident il ne reste plus que l'empâtement du membre. Deux jours après, cet homme avait repris son service.

La cinquième observation concerne un jeune Indou de 11 ans mordu aux pieds par la *bungarus cœruleus*. Le membre fut ligaturé aussitôt et quelques minutes après l'enfant reçut 8 centimètres cubes de sérum antivenimeux dans le tissu cellulaire abdominal.

L'enfant surveillé étroitement dans la soirée ne présenta aucun symptôme.

C'est une jeune fille de 13 ans nommée Amida qui fait l'objet de la sixième observation. Cette enfant fut mordu à l'avant-bras gauche par le naja haja. Elle fut apportée à l'hôpital dans un état de collapsus complet, froide, les yeux convulsés, les pupilles insensibles. A 7 h. 1/2 l'insensibilité est complète, les pupilles modérément dilatées ne réagissent plus. La situation paraît désespérée. On pratique sous la peau du ventre une injection de 20 centimêtres cubes de sérum antivenimeux.

A 11 heures du soir, trois heures et demie après l'injection, l'état s'améliore manifestement, la chaleur revient, le pouls est à 140, la malade répond aux questions. Nouvelle injection de 10 centimètres cubes. L'enfant s'endort dans la nuit et urine quatre fois dans son lit.

La convalescence fut longue. Un abcès se forma au niveau de la morsure, l'enfant sortit guérie au bout de trois semaines.

La septième observation a rapport à un soldat, G..., âgé de 23 ans, qui fut mordu au pouce gauche par le *bothrops lanceolatus*. Une ligature fut placée à la racine du pouce et une injection de 10 centimètres cubes de sérum

fut pratiquée sur la peau du flanc gauche. Une seconde injection de 10 centimètres cubes fut faite quelques minutes après. Le malade n'éprouva qu'un engourdissement avec insensibilité complète du membre mordu, suivie de quelques élancements dans ce membre; trois jours après le blessé était tout à fait convalescent.

Nous avons donné avec quelques détails les expérimentations et les observations sur lesquelles s'appuie la thérapeutique des morsures de serpent par les injections de sérum antivenimeux. On peut juger par ces faits de la grande efficacité de ce nouveau moyen thérapeutique. Nous devons remercier M. Calmette du service qu'il a rendu à l'humanité, car si en Europe la mort par piqûre de vipère est chose assez rare, elle est très fréquente dans les pays intertropicaux, puisque dans l'Inde seule 22.000 personnes succombent chaque année aux piqûres de serpent. Si j'ajoute que dans ce même pays 60.000 têtes de bétail succombent chaque année à la même cause, on jugera que le sérum antivenimeux rendra à l'agriculture des services signalés.

Les faits que nous avons retrouvés dans la tradition et qui démontrent la vertu thérapeutique du venin de serpent par la voie stomacale contre les morsures de ces mêmes serpents sont des faits du même genre.

Si dans la pratique de M. Calmette le venin est *atténué* par son passage dans l'organisme d'animaux immunisés il est également *atténué* quand il est administré par la voie stomacale puisqu'il est de science courante que les venins introduits dans l'estomac sont presque sans action.

M. Calmette signale encore l'emploi du sérum antivenimeux dans le traitement des morsures de scorpion et autres piqûres venimeuses.

Rappelons ici que l'on peut immuniser les animaux contre le venin de serpent soit en modifiant ce venin par la chaleur soit en le mélangeant d'hypochlorite alcalin ou de chlorure d'or, soit, ce qui est la méthode habituellement employée, par l'accoutumance des doses faibles et répétées.

Voici un des principaux procédés employés par M. Calmette pour immuniser un lapin de 2 kilogrammes.

On injecte à ce lapin une quantité de venin de *cobra* égale à la moitié de la dose mortelle minima soit un quart de milligrammes. On laisse reposer l'animal pendant quinze jours. Si, après ce délai, il a repris son poids primitif on renouvelle la même injection.

Au bout de six jours, on peut injecter impunément à ce lapin un demi-milligramme qui est une dose mortelle.

Six jours après, ce même lapin peut recevoir trois quarts de milligramme, puis un milligramme. A partir de ce chiffre, on peut sans inconvénient augmenter tous les six jours de un milligramme la quantité de venin, et au bout de deux mois on arrive à faire tolérer la dose énorme de six milligrammes injectés d'un seul coup, dose capable de tuer 24 kilogrammes de lapin.

La durée de l'immunité produite par les venins est longue à acquérir mais elle persiste pendant des mois. Au contraire l'immunité conférée par le sérum est extrêmement rapide et énergique mais elle ne dure que quelques jours.

On constate la même différence dans l'action immunisante des cultures pures de microbe et des sérums employés dans la thérapeutique.

M. Calmette a constaté que les cobayes femelles forte-

ment immunisés contre le venin confèrent à leurs petits une immunité d'environ deux mois.

Cette immunité héréditaire n'est point transmise par les mâles vaccinés.

Le venin des colubridés et celui des vipéridés présente quelques différences. Ces derniers, dont nous citerons comme types le *crotale* et le *speudechis* d'Australie, produisent des hémorragies et en particulier des hémorragies rénales qui ne s'observent jamais avec le venin des colubridés comme le *cobra capel* et le naja haja.

M. Calmette fait observer que si l'on chauffe le venin des vipéridés à 70° pendant quinze minutes ces venins perdent la faculté de produire des hémorragies.

Nous retenons donc au point de vue thérapeutique cette propriété hémorragipare du venin des vipéridés.

MM. Phisalix et Bertrand professent l'opinion qu'il existe dans le venin des ophidiens deux sortes de substance : l'une, toxique, que la chaleur détruirait; l'autre, vaccinante, qui résisterait à la chaleur.

Les expériences de M. Calmette semblent prouver que la chaleur diminue manifestement l'énergie des venins, mais ne supprime pas leur puissance, car si on injecte à un animal une dose double de la dose mortelle de venin chauffé, l'animal succombe. Tandis que si on injecte une dose ordinairement mortelle de venin chauffé, l'animal est vacciné, non pas parce que la chaleur a détruit la substance toxique et respecté la substance vaccinante mais tout simplement parce qu'elle a atténué le venin.

M. Calmette a donc raison de conclure :

« Le chauffage ne transforme pas les venins en vaccin. Lorsqu'on inocule aux animaux des venins chauffés à des doses voisines de celles des venins normaux qui donnent

la mort, on vaccine dans les mêmes conditions qu'en inoculant aux animaux des doses non mortelles de venin normal. » (Page 235.)

*Doses et modes d'administration.* — Une dose de 10 centimètres suffit dans la plupart des cas. Néanmoins quand le serpent appartient à une espèce dangereuse ou lorsque l'intervention sera tardive on devra par prudence injecter deux ou même trois doses de ce sérum.

Si le malade était mourant, on devrait faire l'injection par voie intraveineuse. Autrement l'injection se fait sous la peau du ventre. Les injections de sérum antivenimeux n'ont jamais déterminé d'accidents.

Comme moyens accessoires nous conseillons la ligature du membre mordu en attendant l'injection du sérum. On lavera très soigneusement les morsures soit avec une solution d'acide chromique à 1 p. 100 ou, ce qui est préférable, avec une solution récente d'hypochlorite de chaux à 1/60 ou une solution de chlorure d'or à 1 p. 100.

Dr P. JOUSSET.

---

# BACTÉRIOLOGIE

## ÉTUDE COMPARÉE DES TOXINES NON MICROBIENNES ET MICROBIENNES

On rencontre dans le règne animal et dans le règne végétal des toxines empruntées au venin, au jequirity et au ricin qui ont avec les toxines microbiennes certaines analogies, et tout particulièrement celle de pouvoir produire des sérums immunisants et thérapeutiques. Nous nous

proposons d'exposer ici les caractères et les propriétés de ces toxines, et nous emprunterons la plupart de nos documents au mémoire publié par Calmette et Delarde dans le numéro de décembre 1896 des Annales de l'Institut Pasteur.

*Des venins.* — Tous les serpents, en y comptant même la couleuvre, fabriquent dans des appareils spéciaux, situés dans la bouche, des venins dont la force varie avec l'espèce de reptiles.

Ces mêmes serpents possèdent des glandes salivaires dont le liquide a une propriété immunisante contre le venin de ces mêmes serpents. (Société de biologie, 1897, page 263.)

Le sang, et par conséquent le sérum de ces mêmes ophidiens, possède des propriétés toxiques, que Phisalix et Bertrand considèrent comme très analogues au venin lui-même (Soc. biol. 1897, p. 858), et que Calmette regarde comme différents, et il appuie son opinion sur ce fait, que la chaleur portée à 68°, détruit la toxicité du sang et non celle du venin ; que le sérum qui vaccine contre le venin ne vaccine pas contre le sang. Nous devons néanmoins tenir compte de ces deux faits établis par Phisalix et Bertrand, que le sérum du sang de vipère inoculé détermine la mort avec des symptômes locaux et généraux très analogues au venin (loc. cit., p. 858).

*Immunité naturelle contre les venins.* — Tous les serpents possèdent une grande immunité contre le venin. De même, la mangouste, le porc et le hérisson peuvent être impunément mordus par les serpents les plus venimeux.

Mais cette immunité, qui est insuffisante pour préserver des animaux dans la nature, n'est pas absolue. Ainsi, un ophidien auquel on injecte sous la peau une quantité

de venin, triple de celle contenue dans ses glandes, succombe à cette injection. L'immunité des animaux que nous avons énuméré plus haut est encore moindre, et s'ils résistent aux morsures que peuvent leur faire les serpents, ils succombent aux injections par les fortes doses.

Le sérum antivenimeux, préparé à l'institut de Lille, est un mélange de venin des espèces intertropicales les plus dangereuses. Le venin inoculé à des chevaux à doses petites mais croissantes et à intervalle suffisant immunise complètement ces animaux, et leur sérum acquiert des propriétés immunisantes et thérapeutiques contre les venins.

*Jequirity.* — C'est l'abrine, principe actif des graines de jéquirity, qui a servi aux expériences de MM. Calmette et Delarde.

L'abrine se prépare à l'aide de la farine de jequirity macérée pendant vingt-quatre heures avec de l'eau distillée stérilisée ; après une technique qu'il est inutile de reproduire, on obtient à l'état sec l'abrine du jequirity. Pour s'en servir on la dissout au fur et à mesure des besoins dans de l'eau phéniquée à 5 p. 100 dans l'alcool.

La toxicité de l'abrine est telle qu'il suffit d'un milligramme pour tuer un lapin en quarante-huit heures et un millième de milligramme pour tuer une souris dans le même temps.

Rappelons que le jequirity est cette substance employée quelquefois en ophtalmologie et qui, à toutes petites doses, provoque une violente inflammation de la conjonctive et même sa mortification. Comme symptômes généraux on a noté surtout l'irritation de la muqueuse intestinale, la diarrhée et une véritable cachexie. Comme lésions on a noté un piqueté hémorragique sur toute la surface de

l'intestin grêle, la congestion du foie, de la rate et des reins avec albuminurie.

Comme pour les venins, il existe des animaux qui sont relativement réfractaires à l'action de l'abrine; le hérisson, la poule, la tortue jouissent de ce privilège.

De ces trois animaux le hérisson seul possède un sang dont le sérum a des propriétés relativement antitoxiques. Le sang de la poule et de la tortue ne possède à aucun degré cette immunité.

C'est à l'aide de la poule, animal doué d'immunité naturelle pour l'abrine, qu'on a par des injections successives produit un sérum immunisant et thérapeutique.

La tortue et la grenouille qui est douée aussi d'immunité contre l'abrine ne peuvent servir à fabriquer le vaccin contre ce poison.

Si on fait à ces animaux des injections successives comme à la poule, leur sérum au lieu de prendre des qualités de vaccin reste absolument toxique, le travail de transformation organique est nul et le liquide sanguin sert tout simplement de véhicule au poison.

Nous arrivons maintenant à une propriété extrêmement remarquable des sérums antiabriques et antivenimeux. Je veux parler de leur *action locale*.

Si on instille entre les paupières d'un lapin quelques gouttes de sérum antiabrique, qu'on les laisse séjourner pendant quelques instants puis qu'on lave l'œil avec de l'eau stérilisée.

Un quart d'heure après si on instille dans le même œil deux gouttes d'une solution d'abrine au 1/100, l'œil reste absolument indemne. Tandis que si on instille deux gouttes de la même solution d'abrine à un lapin témoin, au bout de 24 heures cet œil est en pleine suppuration.

Le sérum antiabrique jouit même localement de la propriété d'immuniser l'œil des animaux contre l'abrine.

Le sérum antiabrique a une action locale thérapeutique parallèle. Si chez des lapins on détermine l'ophtalmie purulente propre au jequirity par l'instillation dans l'œil de deux gouttes d'une solution d'abrine au 1/100, on arrête et on guérit cette inflammation à ces différents degrés en instillant dans l'œil malade quelques gouttes de sérum antiabrique à la 6, 12, 24 et même 48e heure avec le début de l'inflammation.

Les venins de serpent provoquent sur la conjonctive des effets tout à fait semblables à ceux de l'abrine.

Messieurs Calmette et Delarde se sont assurés par des expériences répétées que le sérum antivenimeux produit les mêmes effets locaux que le sérum antiabrique.

*De l'élimination des toxines chez les animaux neufs et chez les animaux vaccinés.* — Chez les animaux neufs on retrouve l'abrine dans le sang du cœur des animaux tués par ce poison et surtout dans l'intestin. Contrairement à ce qui se passe pour beaucoup de toxines microbiennes, les urines ne présentent pas trace de l'abrine.

Chez les animaux vaccinés la substance toxique est transformée de telle sorte au contact de leurs cellules qu'il est impossible d'en retrouver des traces.

*Immunité par des liquides non spécifiques.* — En dehors des sérums antivenimeux et antiabriques, plusieurs liquides et certains sérums confèrent une immunité relative ou absolue contre l'abrine. Parmi ces liquides nous citerons le bouillon fraîchement préparé, les sérums d'animaux vaccinés, et en particulier le sérum anticholérique et anticharbonneux qui possèdent des propriétés nettement préventives à l'égard de l'abrine.

*Y a-t-il une antitoxine et quelle est sa nature.* — MM. Calmette et Delarde disent eux-mêmes que « l'immunité naturelle ou acquise ne doit pas être attribuée à la présence dans le sérum des animaux réfractaires ou vaccinés », une substance chimique ayant la propriété de détruire ou de modifier les toxines ». (Annales Pasteur, page 707).

Il est donc absurde de parler d'antitoxine si cette substance n'existe pas.

Nous pourrions ajouter d'autres arguments à celui-là :

1° Si l'antitoxine est une substance réelle et définie, pourquoi se développe-t-elle seulement chez les animaux à sang chaud et non chez les animaux à sang froid ? Pourquoi le sang de la poule vaccinée avec l'abrine fournit-il un sérum vaccinant et thérapeutique, tandis que le sang de la grenouille et de la tortue sert tout simplement de véhicule à l'abrine et ne produit pas le vaccin ?

Parce que les cellules de l'animal à sang chaud ont la propriété de modifier la toxine, de telle sorte qu'elle devient *vaccin et médicament* contre cette toxine elle-même.

2° L'action locale si remarquable de l'abrine et des venins démontre encore qu'il est impossible d'expliquer l'action de ce qu'on appelle à tort les antitoxines par une propriété chimique. Les sérums antivenimeux et antiabriques versés dans l'œil ont été entraînés par un lavage à l'eau stérile et cependant la membrane muqueuse reste douée d'immunité contre l'action topique de l'abrine et des venins. Il y a là non pas une action chimique mais une action vitale qui tient à la modification des cellules. Et si cette explication avait besoin d'une preuve nous la trouverions dans ce fait que l'hyperchlorite de chaux

qui neutralise l'abrine et les venins *in vitro* n'a aucune action locale comparable à celle des sérums.

3° Enfin ce fait bizarre de l'immunité conférée par des liquides divers et des sérums d'autres maladies comme le bouillon fraîchement préparé, le sérum de bœuf, le sérum anticholérique ne peuvent pas avoir la même composition chimique que les sérums préparés avec l'abrine et les venins de serpent, démontrerait encore, si cela était nécessaire, que l'action des sérums spécifiques n'a rien de chimique.

C'est par suite de préjugés et d'une fausse vue d'esprit qui remonte à notre éducation première, que l'on a décoré de l'épithète *anti* tous les sérums vaccinants ou thérapeutiques, sérum anticholérique, antidiphtéritique, antistreptococcique, etc. Le vice du langage et l'erreur de l'intelligence sont étroitement liés l'un à l'autre. Il ne faut donc pas s'étonner que la plupart des médecins aient adopté sans même un commencement de preuves que la propriété des sérums thérapeutiques tenait à la présence d'une substance ayant une action contraire à celle du poison qu'elle est destinée à combattre, de là les antitoxines.

Or. si on veut bien s'abstraire des préjugés et des partis pris et considérer les faits en eux-mêmes, on verra que ces antitoxines ne sont que des toxines atténuées : atténuation par la diminution de la dose, par la petitesse excessive de la dose, vaccination du cheval pour produire le sérum spécifique des venins et de la diphtérie ; atténuation par l'exposition à l'air et le vieillissement comme pour les moëlles rabiques ; atténuation par l'iode, la chaleur, la lumière, l'électricité pour la préparation de tant d'autres sérums immunisants ou thérapeutiques. Il n'y a

donc point une substance nouvelle jouissant de propriété contraire aux toxines et méritant le nom d'antitoxines. Il n'y a que des virus et des toxines atténuées dont l'indication thérapeutique est réglée par la grande loi :

*Similia similibus curantur.*

Dr P. Jousset.

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

### DU SUC PULMONAIRE

Le Dr Brunet (de Bordeaux), vient de faire une série d'expériences sur les animaux et sur l'homme avec du suc pulmonaire, préparé suivant la méthode de Brown-Sequard. Nous rapporterons les principaux passages d'un article de la *Médecine moderne* (1), qui nous donne le mode de préparation, le mode d'emploi de ce liquide et les résultats obtenus.

La préparation du suc pulmonaire exige une technique minutieuse, car l'auteur fait justement observer qu'on opère sur un organe chargé de toutes les poussières, de toutes les impuretés, de tous les microbes que l'air dépose dans les bronches.

On s'entourera donc de toutes les précautions recommandées, non seulement pour pouvoir obtenir des résultats comparables, mais aussi pour éviter au malade les suites très graves d'une injection septique.

---

(1) 17 mars 1807.

L'animal de choix est le mouton, à cause de la rareté chez lui de la tuberculose et de l'âge favorable où on le sacrifie. On retirera ou on fera retirer devant soi, aussitôt la bête ouverte, les lobes pulmonaires qui doivent être sains, c'est-à-dire roses et fermes, sans kystes, et n'avoir été ni insufflés, ni lavés. On coupe en fins morceaux 20 grammes de tissus qu'on laisse macérer une demi-heure dans 60 grammes de glycérine; on ajoute 120 gr. d'eau distillée stérilisée et on fait macérer le tout de nouveau pendant une demi-heure. On filtre sur linge, on introduit dans l'autoclave de d'Arsonval, auquel est adaptée une bougie Chamberland stérilisée engainée dans un tube de verre effilé dont la pointe plonge dans un ballon stérilisé. On établit une pression de 5 à 6 atmosphères et on obtient un liquide qui filtre lentement et doit être parfaitement aseptique, ce dont on s'assure par un passage à l'étuve de quarante-huit heures à 30°.

On divise ensuite en flacons stérilisés d'une contenance de 10 ou 20 cc.

Pour l'étude expérimentale on peut ne faire qu'une macération de 20 grammes de poumon dans 180 grammes d'eau distillée stérilisée qui ne laisse aucune prise à l'interprétation des résultats.

Le suc pulmonaire ainsi préparé a été analysé par M. Denigès; c'est un liquide jaunâtre et peu visqueux, sans goût spécial et sans odeur, très pauvre en matières dissoutes qui s'élèvent en tout à 1 gr. 05 par litre, se décomposant en substances organiques 0 gr. 55 et substances minérales 0 gr. 50.

Ce liquide même, sans adjonction de glycérine, jouit de propriétés légèrement antiseptiques qui le rendent peu favorable au développement des cultures microbiennes, encore qu'on ait eu le soin de le rendre nutritif.

Les effets de l'injection aux animaux sains et malades sont intéressants, car cette étude n'a guère été tentée pour les autres sucs organiques.

A la dose de 5 cc. ou de 10 cc. sur des cobayes de poids moyen, il produit, les premières fois, un peu de douleur et une élévation de température de 1 à 2°, dont le maximum a lieu environ trois heures environ après l'injection. Ces effets s'atténuent rapidement et les animaux soumis pendant un mois à des injections répétées tous les deux jours augmentent de poids plus que les animaux témoins. En ingestion, le suc pulmonaire produit une poussée pyrétique bien plus faible, mais l'usage prolongé a les mêmes avantages sur la nutrition générale. Sur les animaux tuberculeux (cobayes inoculés, soit avec une culture pure de bacille de Koch sous la peau ou dans le poumon, soit avec des crachats), les injections à la dose de 5 cc. tous les deux jours ont toujours amené un retard dans la mort des animaux traités sur les témoins. Le plus grand retard a été observé ehez des animaux qui avaient déja reçu préventivement du suc pulmonaire. La résistance à l'infection serait donc notablement renforcée.

Ce n'est pas à dire que le suc pulmonaire soit un liquide inoffensif à toute dose, car 35 cc. tuent un cobaye de 700 grammes en vingt-quatre heures, avec des symptômes spéciaux et caractéristiques.

Mais les résultats les plus intéressants sont ceux obtenus chez le malade, car, chez l'homme sain, l'injection ou l'ingestion aux doses ordinaires, 5 à 10 cc., ne provoque aucune réaction bien nette. Tous les malades observés par M. Brunet appartenaient au service de M. Arnozan, et ont été traités et suivis sous ses yeux, jour par jour.

Ces observations, au nombre de dix, présentant des

faits sensiblement semblables et concordant dans tous les cas, permettent, malgré leur petit nombre, de se faire une opinion favorable du suc pulmonaire.

Dans 5 cas de brônchite chronique avec emphysème et accès d'oppression, la diminution de la toux, de la dyspnée, l'amélioration considérable des signes stéthoscopiques, ont marché parallèlement avec une modification très rapide et très profonde de l'expectoration qui diminue beaucoup, devient de plus en plus fluide, se rapprochant de la salive, et perd sa purulence.

Dans 2 cas de tuberculose torpide, dont un cas compliqué d'épanchement pleurétique et de diabète sucré, les lésions pulmonaires sont restées stationnaires, l'expectoration a diminué, l'augmentation de poids s'est produite chez le malade qui n'était pas diabétique, et ce dernier n'a perdu que 500 grammes. Une tuberculose à marche aiguë a paru un peu retardée dans son évolution.

Dans un cas de pleurésie purulente tuberculeuse l'épanchement a diminué considérablement.

L'observation la plus curieuse est celle d'un homme atteint d'abcès du médiastin à la suite d'une angine de Ludwig diagnostiquée bactériologiquement. Ce malade qui avait des crises de vomique tous les trois ou quatre jours, car son abcès s'était fait jour dans les bronches, crachait du pus toute la journée, maigrissait et commençait à présenter les altérations osseuses de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante consécutives aux longues suppurations pleuro-pulmonaires.

La cachexie le menaçait à bref délai, car cet état durait depuis huit mois. Mis au suc pulmonaire, qu'il prenait à la dose de 10 cc. dans un peu d'eau, le matin, à jeun, cet homme vit peu à peu les crises de vomique s'éloigner,

puis les crachats purulents diminuer progressivement et cesser, 2 fistules thoraciques béantes depuis six mois se fermer définitivement d'elles-mêmes, l'oppression se calmer, les nuits devenir bonnes, l'appétit renaître et le malade, cinq semaines après le début du traitement, était complètement guéri, au point qu'il pouvait reprendre son métier pénible de cuisinier à bord.

De tels résultats obtenus par l'injection comme par l'ingestion, alors que toutes les autres médications avaient échoué et ne laissaient plus place qu'à une intervention chirurgicale très incertaine, paraissent vraiment encourageants.

L'action sur l'expectoration est surtout manifeste et caractéristique de l'emploi du suc pulmonaire ; les tuberculeux, au début, présentaient tous quelques crachats rosés ; il faut donc chez eux surveiller de près l'administration du médicament et, d'une façon générale, ne pas dépasser 5 cc. en injection et 10 cc. en ingestion.

L'auteur n'a pas l'expérience des affections pulmonaires pyrétiques, car il a en vue surtout les affections chroniques du poumon ou de la plèvre et tous les états qui amènent la déchéance progressive, sclérose ou suppuration lente du tissu pulmonaire. Il suppose que le suc pulmonaire agit alors en redonnant au poumon l'excitation, le tonus que le fonctionnement normal entretient dans chaque organe ; aussi propose-t-il son emploi dans la bronchite chronique des adultes et des vieillards, l'asthme, l'emphysème, les pneumo-konioses, les pneumonies chroniques, les tuberculoses torpides, les abcès du poumon, les pleurésies anciennes fibrineuses ou purulentes. A l'avenir de dire si ces vues théoriques et, en apparence rationnelles, se réaliseront.

Les résultats que nous a donnés l'opothérapie au moyen du suc pancréatique et du suc hépatique dans le diabète, du suc testiculaire dans l'ataxie locomotrice, sont assez intéressants pour nous engager à répéter les expériences du Dr Brunèt.

Dr MARC JOUSSET.

---

PATHOGÉNÉSIE DU CHLORAL.

I. *Expérimentations sur l'homme sain.*

1° Dr A. BABCOK (*Encyclopédie d'Allen*. Vol. III). — *a*) Le docteur prit la 6e trituration décimale en doses répétées fréquemment. Le seul effet noté fut que le second jour il ne put suivre le fil d'un sermon à l'église.

*b*) Il prit 15 grains (environ 1 gramme) de la drogue en une fois. Après quelques minutes, sensation comme si un lien brûlant était tiré à travers le front d'une tempe à l'autre, juste au-dessus des yeux, avec sensation d'un cercle brûlant autour de chaque œil ; en même temps, bouffées de sang et sensation passagère de chaleur au visage. Bientôt après, douleurs violentes du front, au-dessus de l'arcade sus-orbitaire droite, douleurs que rien ne soulageait et qui étaient augmentées par le mouvement. Au bout d'une heure un quart, sensation de nausées et d'oppression dans l'estomac avec envie de vomir ; amélioration par le souper (dîner), mais reprise dans la soirée. Au bout d'une heure et demie, céphalalgie avec lourdeur à l'occiput et dans le front, sur les yeux : il y a une sensation de poids et de sensibilité paraissant occuper tout l'intérieur du crâne, aggravée en même temps par le repos

couché et par le mouvement, mais quelque peu soulagée en allant au grand air. Après douze heures, les pupilles sont contractées et insensibles à la lumière. Pollution prématurée cette nuit et la suivante.

*c*) Il prend des doses répétées de 1[re] décimale. Au bout d'une demi-heure, pouls à 84 (normalement 72) et douleurs de tête s'étendant à l'occiput. Au bout de quatre heures, sensation d'engourdissement dans les jambes: en même temps douleurs gravatives dans les mollets, s'étendant par moment jusque dans les pieds, et sensation de plénitude de la peau, avec battements; la violence des douleurs passe au bout d'environ une heure et demie, au moment où s'établit une céphalalgie gravative pas trop violente; elle revient le lendemain plus violente. Le second jour, il se réveille le matin avec la sensation de froid dans la tête; la gorge et les arrières-narines paraissent sensibles, écorchées et brûlantes. Sensation de plénitude et de lourdeur dans la tête toute la journée.

*d*) Il prend deux grains (0,12 centig.) sans aucun effet, sauf quelques selles diarrhéiques et augmentation de fréquence des selles.

2° Le même. — Il expérimente la drogue sur G. A. T... (la façon n'est pas indiquée). Après cinq minutes, éructations continuant jusqu'après avoir mangé. Au bout de deux heures, mal de tête sur les deux yeux, descendant dans les yeux, pire à gauche, avec sensation, comme si les yeux étaient comprimés; deux heures après, tout avait disparu graduellement.

3° Le même. — Expérimentation sur P. H. M... (même remarque que ci-dessus). Au bout d'une heure, céphalalgie gravative et pressive, au-dessus des yeux, principale-

ment du côté gauche, pendant le souper (dîner), persistant environ une heure, diminuant graduellement ensuite. Dans une autre occasion, au bout de deux heures, céphalalgie semblable, avec nausées et éructations d'un liquide acide. Au bout de sept et de neuf heures, deux selles légèrement molles et jaunâtres, expulsées avec quelques douleurs vives au rectum. Le deuxième jour, perte de l'appétit, légères douleurs lancinantes dans le globe de l'œil gauche, aggravées en se penchant en avant. Le troisième jour, selle dans la matinée, molle, mais évacuée avec une grande douleur dans le rectum. Très endormi le soir, se retire de bonne heure ; il ne se sent pas reposé en se levant le lendemain matin.

4° Le même. — Expérimentation sur W. B... (même remarque que ci-dessus). Le 2e jour, s'éveille à 8 heures du matin, avec sensation de plénitude et de constriction de la tête ; toute la journée douleur gravative, aggravée par un mouvement brusque, avec impossibilité de concentrer sa pensée ; en même temps douleur dans l'estomac et l'abdomen, avec légère nausée.

5° (*Amer. Hom. Obs. VII*, 293 de *Wiener med. Woch.*) — *a*) Il prend 2 gr. 50 dans 30 grammes d'eau et de sirop. Cela produit pendant quarante-cinq minutes une excitation musculaire et morale, semblable à une légère ivresse par le champagne, par laquelle, l'expérimentateur plaisante, sourit et danse. Sans aucun malaise, il s'endort dès qu'il se couche. Le sommeil est tranquille, naturel, sans aucun rêve ni hallucinations. Réveillé de force, il retrouve aisément une intelligence claire et répond promptement aux questions. Laissé de nouveau à lui-même, il retombe immédiatement dans un sommeil naturel, qui persiste pen-

dant dix heures, ce qui ne lui était jamais arrivé dans toute sa vie. Il se lève le matin bien reposé, sans aucun mauvais symptôme ; mais il ne peut se souvenir du trouble par lequel il a été réveillé ni de ce qu'il a répondu. Le sommeil du chloral était, par conséquent, profond et durable.

*b*) Pouls 68, respirations 28, température 37°2 ; il prend 2 gr. 50 dans un mucilage. Immédiatement, excitation agréable pendant un quart d'heure, pouls 88. A 10 heures du matin, sommeil tranquille ; pouls 74, respiration 28, température 36° ; les deux pupilles sont un peu dilatées. A 10 h. 30, sommeil tranquille, malgré un grand bruit dans l'hôpital. (L'expérimentateur souffre d'une légère bronchite). A 11 heures, l'expérimentateur va avec un autre malade à la salle de bain et prend un bain tiède. A 11 h. 45, il quitte le bain et prend son repas avec plaisir ; à 1 heure après-midi, il retourne dormir de nouveau. A 5 h. 30, il se lève reposé et va dîner ; pouls 72, respiration 32, température 37°.

6° Dr Cavias (*Ed. med. Journ.*, XVI, 375). — Il prend le premier soir 4 grammes, le second 8 grammes, le troisième 12 grammes. Chaque fois les symptômes furent semblables comme caractère, mais à différents degrés. Après la plus forte dose, en 10 minutes, grande confusion du cerveau ; sensation comme s'il se trouvait loin de chez lui, avec anxiété pour rentrer à la maison ; il a conscience de toute chose avec propension à dire que ce qui est ressenti est une absurdité ; agitation extrême ; palpitations violentes ; respiration haletante ; foie congestionné ; yeux injectés de sang et fixes ; transpiration profuse. Ces symptômes continuent de 11 heures du soir à

6 heures du matin, sans interruption ; il s'endort alors pendant deux heures et se réveille avec un violent mal de tête. Pendant les trois semaines suivantes, il y avait sensation douloureuse d'assoupissement ; les yeux furent enflammés, sensibles à la lumière et le caractère très irritable.

7° Dr ANDREWS (*Americ. Journ. of. Insanity*, XVIII, 35). — Il étudie l'action du chloral sur le pouls.

*a*) 10 grains (0,65), réduisent le pouls des personnes en santé de 6 pulsations par minute ; très peu d'assoupissement. 20 grains (1 gr. 30) ; cinq minutes après, le pouls tombe de 78 à 72 ; vingt-cinq minutes après, le pouls augmente de volume, 66 ; en cinquante minutes, pouls plus volumineux, 54 ; assoupi. 30 grains (1 gr. 95) ; en dix minutes, le pouls, qui était avant à 84, tombe à 72 ; vingt minutes après, il est augmenté de volume à 66 ; en soixante minutes, diminué de volume à 60. 40 grains (2 gr. 60), pendant la digestion, pouls à 78 ; cinq minutes après, 78 ; quinze minutes après, 72 ; trente minutes, 66, sans changement dans son volume ; quatre-vingt-dix minutes, 60 ; le pouls est très diminué de volume pendant quelques heures ; assoupissement. 40 grains, pouls 66 ; trente minutes après, 60 ; soixante-quinze minutes, 54 ; cent quatre-vingt minutes, 54 ; grande diminution de force de l'action du cœur pendant quelques heures.

*b*) Autres effets : En trois minutes, chaleur et brûlure dans l'estomac, assoupissement, difficulté de tenir les yeux ouverts. En quinze minutes, sommeil, malgré les efforts de résistance ; quand il est réveillé, bavardant avec langue épaisse et parole indistincte (caractéristique de l'intoxication). Après une demi-heure, contraction de la

pupille comme dans le sommeil naturel. Après une heure et demie, il tombe de sommeil ; il dort pendant une heure ; il est réveillé. Trois heures après, il retombe dans le sommeil pendant une heure ; il se réveille facilement, puis se rendort. Après trois heures et demie, il se réveille et prend un bon repas. La démarche est chancelante comme s'il était un peu ivre. Cinq heures après la dose, il va se coucher et dort pendant dix heures.

c) *Conclusions* : 1° L'effet du chloral est de réduire le nombre des pulsations : 2° son action primitive d'augmenter la force du cœur et la tension artérielle ; 3° à forte dose, dans des limites nécessaires à la sécurité, les pulsations ne sont pas réduites de nombre, proportionnellement aux doses employées, mais l'effet est plus prolongé ; 4° l'action secondaire est de diminuer la force des battements du cœur et la tension artérielle.

*d)* Les symptômes apparaissent dans l'ordre suivant : sensation de lourdeur de tête, fourmillement des extrémités, sensation de pesanteur, comme si la partie était endormie, assoupissement augmentant graduellement. Il y a une tendance au bavardage, avec langue épaisse et difficulté à parler distinctement, surtout si on parle au patient, ou si on le trouble autrement. S'il est tranquille, il va directement se coucher, et le stage d'ivresse ne sera pas observé. Alors, survient le profond sommeil du chloral. Au réveil, si les effets ne sont pas complètement terminés, il peut y avoir un retour, à un moindre degré, de l'état d'intoxication.

8° Cappelli et Brugia (*Neural. Centralb.*, 1866, n° 14). Les effets du chloral sur la circulation dans l'intérieur du crâne furent constatés chez deux personnes ayant une

perte traumatique dans l'os frontal. Les premiers effets observés furent une anémie cérébrale, probablement en rapport avec la dilatation vasculaire paralytique de la périphérie (peau, etc.). Le commencement du sommeil coïncide avec l'hyperhémie du cerveau, par l'extension graduelle de la parésie vasculaire à ses vaisseaux. Vers la fin du sommeil et au commencement de l'état de veille, on constate une diminution dans le volume du cerveau, en même temps qu'une augmentation de la tension vasculaire qui revient graduellement à l'état normal.

## II. *Empoisonnements.*

9° Manning (*Lancet*, 17 mai 1873). — Dans plusieurs cas l'auteur observa après l'emploi du chloral pendant un certain nombre de jours ou de semaines, de la faiblesse des membres inférieurs allant jusqu'à la paralysie, s'accompagnant quelquefois d'un abaissement général de la température et d'un ralentissement très grand du pouls.

10° Austie (*The practitionner*, mars 1874). — Deux cas d'empoisonnement. Dans le premier, un malade, qui prenait chaque jour 8 grammes de chloral, éprouva des douleurs assez vives et périarticulaires, comme celles qu'on observe quelquefois après des inhalations prolongées de chloroforme.

Dans le second, il s'agit d'une femme qui, à la suite de chagrins domestiques, fut prise, sans cause connue d'une paraplégie. L'on apprit bientôt qu'elle prenait chaque jour des doses assez fortes de chloral ; l'on fit supprimer cet agent et la paraplégie se dissipa.

11° Steinheim (*Berl. klin. Woch.* fév. 1875). — Femme de 39 ans, habituellement bien portante, mais depuis ses

dernières couches (dix-huit mois) en proie à un asthme nerveux dont les accès vont toujours en augmentant de fréquence et d'intensité; la faiblesse et la maigreur de la malade sont très grandes. Pouls accéléré, bien que le cœur soit parfaitement sain.

L'asthme s'est montré rebelle à tous les médicaments, sauf le chloral. Mais chaque fois que la patiente prend cette dernière substance, il lui survient des troubles oculaires. La première fois ce fut un simple obscurcissement du champ visuel, qui disparut d'ailleurs au bout de vingt-quatre heures, sans laisser de traces.

Un nouvel accès d'asthme ayant nécessité l'administration d'une nouvelle dose de chloral, cette fois-ci la cécité était à peu près complète, à peine y avait-il possibilité de distinguer le jour de la nuit. En même temps existaient tous les signes d'une irido-choroïdite double avec exsudat pupillaire, trouble de l'humeur aqueuse et du corps vitré. Pour rompre les synéchies, l'auteur dut, le cinquième jour des accidents, pratiquer l'iridectomie sur les deux yeux. L'opération fut suivie d'un plein succès et les milieux réfringents récupérèrent presque leur transparence première.

Enfin, deux ou trois mois plus tard, avec l'automne, les accès d'asthme reparurent plus violents, on fut encore obligé de recourir au chloral (0,75 chloral avec 0,01 morphine), qui détermina pour la troisième fois une altération de la vision.

12° LEVINSTEIN (*Berl. klin. Woch.*, n° 27, 1876). — Une jeune femme prit dans l'intention de s'empoisonner le 10 octobre 1875, entre onze heures et midi, de 20 à 24 grammes d'hydrate de chloral dans des capsules de

gélatine. Le soir, à 6 heures, sa fille vint pour la réveiller, mais elle n'y parvint pas. La malade était plongée dans un coma profond avec refroidissement extrême et contracture des membres. Pupilles ayant atteint leur rétrécissement maximum ; anesthésie des globes oculaires et de tous les téguments ; 80 pulsations, 20 respirations. L'injection de un milligramme et demi d'atropine, l'application de la brosse électrique, de sinapismes, d'affusions froides ne réussirent pas à tirer la malade de son état ; au bout d'une demi-heure, le pouls se releva, mais les autres symptômes persistèrent. Le lendemain seulement disparurent la myose, l'anesthésie et la contracture. Le 11 octobre à 5 heures 1/2 du matin, on parvint à réveiller la malade, mais ses réponses étaient inintelligentes et balbutiées. Elle ne tarda pas à se replonger dans un sommeil qui dura jusqu'au soir.

Le deuxième jour après l'intoxication, l'intelligence était revenue ; la femme se plaignait de céphalalgie, de douleurs musculaires, de nausées, d'inappétence et d'une extrême lassitude. Le 14 octobre, il ne persistait que de la prostration et des douleurs dans les muscles des mollets.

13. Le même (*id.*, nov. 1873). — Homme de 35 ans, prend 24 grammes de chloral pour se suicider. Une demi-heure après, le malade était dans un sommeil profond, la face rouge, les veines du cou plus remplies qu'à l'état normal, la respiration profonde, pouls à 100. Une demi-heure plus tard (applications froides sur la tête). La face, le front, la tête à la nuque, sont colorés, avec rougeur foncée des lèvres et des gencives, couleur livide. Les pupilles sont très dilatées, les veines du cou et de la tête

gorgées de sang, le pouls radial dur, tendu, 92. Rien d'anormal au cœur, température cutanée 39,5; respiration stertoreuse, intermittente (respiration artificielle et courants faradiques). Une demi-heure après, la respiration cesse entièrement : faciès hippocratique, d'une pâleur mortelle, les veines affaissées, les membranes muqueuses étaient livides. Battement de la pointe du cœur et pouls radial imperceptible; à peine senti dans les carotides. Les bruits du cœur sont à peine sensibles, les pupilles très contractées, le corps froid. T. 32,9 (chute de 6,6 en une demi-heure). Le Dr L... injecte alors de la strychnine avec succès.

14. Sherman (*N. Eng. Med. Gaz.*, 1874). — Dans un moment de folie, Mme J. S..., 65 ans, prit environ 30 grammes en solution. Elle avait pris plusieurs petites doses depuis quelques jours pour les symptômes suivants : somnolence le soir avec agitation et irritabilité; confusion dans la tête; mélancolie ; propension à s'égarer et à se cacher, échappant avec ruse à la vigilance de ses amis; à son retour, ne pouvant rendre compte d'où elle avait été. Douze heures après avoir pris le chloral, on lui fit prendre un vomitif (sulfate de zinc) qui amena un vomissement. Sommeil lourd, pendant trente-six heures, pouls normal, respiration facile, régulière. En se réveillant, elle était plus calme, se sentait bien, le mal de tête soulagé, mais ne pouvait se lever. Anesthésie et paralysie des deux jambes. Le lendemain, apparition sur tout le corps (face, membres, etc.), d'une éruption d'un rouge écarlate brillant, lisse. Au niveau de la face, elle était érysipélateuse, avec un gonflement tel, qu'elle ne pouvait voir. L'éruption disparut le quatrième jour; depuis ce

temps (deux ans) elle est débarrassée de ses maux de tête et de ses symptômes cérébraux.

15. CRICHTON BROWNE (*Lancet*, 1871). — Peu après que les expériences avec le chloral furent commencées dans son asile, il remarqua une congestion particulière de la tête et de la figure chez un grand de nombre des malades qui faisaient usage de cette drogue. Sur 40 cas, dans lesquels le chloral fut essayé, cette congestion fut observée 19 fois à des degrés divers ; il n'était pas rare de voir un malade d'une pâleur anémique, qui, sous l'influence de l'administration du chloral, prenait à certain moment un aspect florissant analogue à celui d'une bonne santé. Il en était ainsi surtout lorsque de l'alcool sous une forme quelconque était administré en même temps que lui et cela s'observait rarement à moins que la drogue n'ait été administrée régulièrement pendant quelque temps.

Dans un cas typique de manie, une demi-heure après l'administration de 15 grains (environ 1 gr.) de la drogue, la figure depuis la racine des cheveux jusqu'à la branche de la mâchoire inférieure était d'une couleur écarlate, très persistante sous la pression, très intense sur les os malaires et sur le dos du nez et de là s'affaiblissant dans toutes les directions. Les oreilles participaient à la même coloration, qui était sous forme de pustules sur le cou et la poitrine, la pustule la plus inférieure se trouvant au niveau du milieu du sternum, les plus larges ayant à peu près le diamètre d'un florin. Cet état s'accompagnait de contraction des pupilles, d'injection des conjonctives ; il persistait environ une heure et disparaissait pendant un éternuement et une perturbation émotive, pour revenir après la dose suivante.

Dr MARC JOUSSET.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 mars. — Méningite aiguë, consécutive à l'extirpation d'un sarcome fuso-cellulaire du sinus frontal, guérie par l'ouverture du crâne et le lavage de la pie-mère cérébrale.* — Il s'agit d'une observation intéressante du Dr Luc sur laquelle le Dr Berger fait un rapport. La malade, une femme de 33 ans présentait depuis quatre ans une tuméfaction siégeant à la partie interne de la région sourcilière droite. Cette tumeur avait disparu deux ans avant l'examen du Dr Luc à la suite d'une ponction qui avait donné issue à un liquide filant et à du sang, puis peu à peu elle s'était reproduite. Le diagnostic semblait se poser entre un kyste du sinus frontal et un empyème de cette cavité et de l'antre d'Higmore.

Le Dr Luc, enlevant la paroi antérieure du sinus frontal vit s'écouler un liquide colloïde et retira de la cavité une masse fongueuse, que l'examen histologique montra être constituée par du sarcome fuso-cellulaire. A la suite de l'opération, le sinus se mit à suppurer, il fallut agrandir la trépanation et on découvrit alors un prolongement intraorbitaire de la tumeur qui fut extirpé. Malgré cela la fièvre continuait avec douleurs persistantes, et le neuvième jour, en présence de phénomènes méningitiques et de parésie du côté gauche, M. Luc se décida à attaquer la paroi profonde du sinus et à mettre à nu la dure-mère.

Une incision de cette membrane montre la pie-mère recouverte d'une nappe de pus très limitée, qui fut enlevée par un lavage avec la solution de sublimé à 1/2000, enfin un tamponnement à la gaze iodoformée fut laissé en contact avec la surface cérébrale.

La malade a guéri malgré une pneumonie infectieuse qui est venue retarder la convalescence. M. Berger attire l'attention sur cette observation rare et insiste sur la nécessité de traiter les suppurations intracraniennes par une intervention qui leur donne un libre écoulement.

*Discussion sur l'assainissement de la fabrication des allumettes.* — L'Académie, non convaincue de l'impossibilité de la suppression industrielle du phosphore blanc et de la possibilité d'en rendre le maniement sans dangers pour la sante, comme essaient de le prouver MM. Magitot et Bouchardat, vote à l'unanité moins deux voix les conclusions de sa Commission présentées par M. Vallin (1).

*Séance du* 9 *mars.* — *Prothèse du nez.* — M. Berger présente un appareil construit par le D[r] Goldenstein, dentiste à Paris, pour servir de charpente aux parties molles du nez dans les restaurations de cet organe nécessitées par des destructions ayant porté principalement sur le squelette. M. Berger a employé cet appareil avec succès dans un cas où l'appareil inventé par Claude Martin (de Lyon) n'avait pu être supporté. Ce dernier appareil consiste, comme on le sait, en deux tiges de platine, disposées en croix, auxquelles on donne les dimensions et les courbures voulues et dont les extrémités s'implantent au moyen de chevilles métalliques sur les bords de la perte

(1) Voir *Art médical*, février 1897.

de substances des os. Quant à l'appareil du Dr Goldenstein, il se compose de deux parties : une tige supérieure, destinée à prendre un point d'appui sur la racine du nez ou sur le frontal, au voisinage de l'épine nasale ; une partie inférieure celle qui constitue presque toute la charpente. Celle-ci est façonnée avec le plus grand soin et on lui donne tout le fini possible. Elle se compose d'une branche médiane qui doit constituer l'arête du nez et de deux branches latérales qui s'unissent à la première par un contour régulièrement arrondi ; ces deux branches correspondent aux ailes du nez. Les deux parties de l'appareil sont réunies par deux baguettes cylindriques qui pénètrent do la partie supérieure dans la partie inférieure et permettent de donner à l'appareil la longueur voulue. Il suffit alors d'écraser avec un davier les douilles sur les tiges qui les traversent pour rendre les deux parties de l'appareil solidaires.

La partie supérieure de l'appareil est maintenue en contact avec le frontal au moyen d'un fil de platine que l'on fait traverser eet os et les parties latérales de la partie inférieure de l'appareil présentent à leurs extrémités une sorte de fourche qui sert à les fixer sur les parties correspondantes du maxillaire inférieur.

*Note sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais, traités par la staphylorraphie, l'urano-staphylorraphie, et l'opération du bec de lièvre.* — M. Le Dentu lit une note sur 48 cas qu'il a observés. Cette série peut être divisée de la manière suivante ; 11 cas de fistules et de divisions, acquises, plus ou moins larges, d'origine opératoire ou pathologique, dans lesquelles il a obtenu 8 guérisons complètes ; 29 cas de fissures congénitales plus ou

moins étendues, avec ou sans bec de lièvre concomittant. Ces fentes congénitales comprenant des cas de gravité diverse, depuis la simple encoche de la lèvre jusqu'à la division complète du palais avec bec-de-lièvre, ont donné de bons résultats dans 26 cas, les autres ont été plus ou moins améliorés.

*Restauration anaplastique de l'urèthre, du vagin, de la vessie et du rectum.* — Il s'agit d'une jeune femme, qui, à la suite d'un accouchement pendant lequel la tête du fœtus était restée quatre jours sur le périnée, présentait l'état suivant. La malade ne pouvait garder son urine ni les selles. Le Dr Péan en l'examinant trouva à la place du périnée, un tissu de cicatrice percé de deux trous : l'un antérieur, un peu arrondi, l'autre postérieur un peu transversal, correspondant à l'intérieur du rectum. Les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale étaient complètement détruites et remplacées par un cloaque, par lequel sortaient alternativement l'urine, les selles et le sang des règles. Pour faire une exploration plus complète, M. Péan réunit les deux orifices et put alors constater que la vessie était détruite dans toute l'étendue du bas-fond vésical et que son col n'existait plus ; il en était de même de l'urèthre. Immédiatement, en arrière de la vessie se trouvait le col de l'utérus, petit, informe, couvert de cicatrices et dont l'orifice était trop petit pour admettre aucun cathéter.

Au moyen de plusieurs opérations autoplastiques, M. Péan est arrivé à reconstituer la vessie, le rectum et le vagin de cette malade qui peut maintenant conserver ses urines et ses selles.

M. Péan donne ensuite communication d'un cas de

fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin et qu'il a enlevé par la voie pubio-vulvo-périnéo-vagino-sacrée, à l'aide de sa méthode de morcellement. Il présente ensuite une épreuve radiographique faite sur le crâne d'un homme de 50 ans qui avait reçu un coup de revolver six mois avant. L'épreuve démontra que la balle était logée dans le rocher et le Dr Péan put ainsi l'enlever assez facilement.

*Lithiase intestinale et gravelle de l'intestin.* — M. Dieulafoy lit un long travail d'où il résulte que :

1° Il y a une lithiase intestinale, comme il y a une lithiase biliaire et urinaire.

2° La lithiase intestinale peut être formée de sable, de gravier et même de calculs.

3° Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique dans laquelle des sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Matières organique et inorganique sont associées en proportion variable.

4° La lithiase intestinale, est très souvent accompagnée d'entéro-colite muco-membraneuse.

5° Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse; il y a une gravelle intestinale diathésique, au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne pouvaient pas être rattachés à la diathèse goutteuse.

6° La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence que par quelques symptômes légers, mais, le plus souvent, elle donne lieu à des crises abdominales, fort douloureuses, que je propose d'appeler coliques intestinales li-

thiasiques, crises douloureuses dont la durée et l'intensité sont variables.

7° Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de gravier, de débâcles sableuses avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8° Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

*Intoxication nitreuse.* — Les cas de mort par intoxication nitreuse sont assez rares, ce qui donne de l'intérêt aux cas observés récemment par le Dr Manouvriez (de Valenciennes). Un marchand d'engrais artificiel fabriquait depuis un an ou deux un engrais composé par mélange à parties égales de nitrate de soude, de lignites pyrileux dits cendres hollandaises et de déchets de laine gras pulvérisés. A la fin de mai 1896, le fabricant voyant sortir un jour de la fumée d'un tas de ces matières crut à un commencement d'incendie, donna l'ordre à deux de ses ouvriers de l'éparpiller, pendant que lui et sa fille restaient dans la cour à l'entrée du magasin où travaillaient ses ouvriers. Au bout de vingt minutes des ouvriers indisposés durent sortir. Cinq heures après avoir été exposé ainsi aux vapeurs nitreuses un d'eux mourait après d'atroces douleurs. L'autre ouvrier ne mourut que huit heures après. Le fabricant et sa fille en furent quitte pour une indisposition d'une dizaine de jours. A l'autopsie des deux ouvriers on constata :

Gonflement considérable de la peau; taches violet-lie-de-vin avec phlyctènes. Ecoulement de sang par les narines, les muqueuses buccale et laryngée étaient rouge vif.

Le sang s'écoulant des incisions, était noir en masse, mais de couleur groseille foncé; quand on l'étalait en couche mince on y remarquait de nombreuses gouttelettes de graisse jaune. Il était très acide au papier de tournesol. L'acidité des tissus était telle que l'acier des instruments en fut attaqué.

Les muscles avaient une couleur rouge vif normal comme les viandes traitées par le sel de nitre.

Le cœur contenait du sang liquide noir, l'endocarde et la membrane interne des artères étaient rouge vif; le muscle cardiaque était ramolli.

Rougeur congestive des bronches qui contenaient un peu de liquide spumeux. Congestion très intense des poumons, engorgés par un sang noir et çà et là quelques noyaux apoplectiques. Muqueuse de l'estomac hyperhémiée et ramollie, plaques congestives jusque dans l'intestin grêle, congestion des tissus du foie, de la rate et des reins.

*Séance du 16 mars. — Entéro-colite et appendicite.* — M. Dieulafoy ayant déclaré dans la dernière séance, au cours de sa communication sur la lithiase intestinale, que l'appendicite n'est jamais la suite de l'entéro-colite, M. Reclus vient s'élever contre cette affirmation et cite plusieurs cas qu'il a observés et dans lesquels l'appendicite a succédé à une entéro-colite. Pour lui, d'ailleurs, l'inflammation de l'appendice reconnaît trois ordres de causes: dans une première catégorie se trouvent les appendicites de cause locale succédant à la présence d'un corps étranger dans l'appendice. La deuxième catégorie renferme les appendicites consécutives à une inflammation intestinale, à une entéro-colite propagée à l'appendice.

Enfin, la troisième catégorie comprend les appendicites provoquées par une infection générale localisée à l'appendice.

L'appendicite est donc la suite, la conséquence, l'aboutissant d'un très grand nombre de causes banales, et l'inflammation qui la caractérise tiendrait son allure spéciale et d'une gravité si particulière, de la forme de l'appendice, sorte de fistule borgne naturelle où les liquides organiques stagnant exaltent leur virulence au voisinage du péritoine dont l'inoculation possible constitue un péril permanent. L'appendicite est pour ainsi dire créée de toutes pièces par l'appendice et par son revêtement séreux ; elle est due à la forme spéciale de l'appendice et à la présence du péritoine. Cette théorie peut s'appeler la théorie de la stagnation ou de la fistule borgne.

*Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif.* — D'après M. Cornil, dans toute inflammation des membranes séreuses, la fibrine exsudée à leur surface sert de milieu de nutrition et de soutien aux cellules endothéliales qui y végètent, se multiplient, s'anastomosent constituant ainsi un tissu cellulaire nouveau et des vaisseaux sanguins.

Si les surfaces séreuses sont maintenues en contact, il se produit très rapidement des adhérences fibro-cellulaires vascularisées qui les unissent définitivement.

Mais si les surfaces séreuses restent isolées, éloignées l'une de l'autre par un liquide ou sans adhésion possible par toute autre cause, la fibrine exsudée à la surface de la membrane en couche superposées, constitue la matière dans laquelle poussent et s'anostomosent les cellules de la nouvelle formation et les vaisseaux.

Les inflammations des séreuses liées à la tuberculose s'accompagnent le plus ordinairement d'une exsudation de fibrine qui s'organise comme dans les inflammations traumatiques expérimentales des animaux ou comme dans les lésions purement inflammatoires de l'espèce humaine.

Des phénomènes identiques s'observent dans les cicatrices de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané des muscles, du poumon et du foie. La poussée et les anastomoses des cellules et la genèse des vaisseaux ont lieu dans une gangue fibrineuse.

Les plaies du poumon, par exemple celles que produit un trocart enfoncé à travers la paroi intercostale, donnent lieu à une cicatrice fibrineuse d'abord, parcourue bientôt par des cellules de tissu conjonctif, puis par des vaisseaux capillaires de néoformation. Il en est de même pour les plaies du foie.

Les inflammations plus lentes montrent également de la fibrine dans les points où végètent et s'organisent les éléments du tissu conjonctif nouveau. C'est ce qu'on observe dans les plaies qui se réunissent lentement par une végétation de tissu de nouvelle formation ou de bourgeons charnus, aussi bien qu'à la surface des foyers inflammatoires profonds entretenus par une cause d'irritation permanente.

*Séance du 23 mars. — Discussion sur l'entéro-colite et l'appendicite.* — M. Lucas-Championnière n'admet pas l'opinion de M. Dieulafoy que l'appendicite est toujours une maladie primitive; d'ailleurs M. Reclus l'a prouvé dans la dernière séance en citant plusieurs cas où l'appendicite a succédé à une entéro-colite. Pour lui, il croit qu'à côté

d'un certain nombre de cas où l'appendice est pris primitivement, il y a un très grand nombre de cas où l'intestin est d'abord longtemps malade et encombré avant que l'état morbide de l'appendice ne s'affirme d'une manière définitive. On en est arrivé à nier les typhites et les pérityphites qui sont invariablement dénommées appendicites et traitées par la résection de l'appendice. C'est une erreur, la typhite, la pérityphite existent encore et sont dues le plus souvent à de l'encombrement intestinal comme on en observe chez les enfants gloutons et chez les gros mangeurs. Il faut donc s'abstenir de prescrire de l'opium dans ces cas, comme on a si souvent tendance à le faire pour immobiliser l'intestin ; c'est la plus sûre manière de faire éclore l'appendicite qu'on évitera le plus souvent par l'évacuation de l'intestin au moyen de purgatifs et de lavements et en faisant faire de l'exercice modéré à ces malades.

M. Dieulafoy, en réunissant les cas d'entéro-colites membraneuses avec ou sans lithiase intestinale qu'il a observés ou qui lui ont été communiqués par plusieurs confrères, arrive à un total de 800 cas dans lesquels pas un seul malade n'a eu de l'appendicite. Il n'admet donc pas avec Reclus que l'appendicite soit la suite, l'aboutissant de l'entéro-colite. Les cas rapportés par ce dernier ne prouvent que la coexistence possible de l'entérocolite et de l'appendicite. Il s'élève aussi contre l'envahissement trop grand de l'appendicite par laquelle on veut remplacer la typhite et la pérityphite. Quant à la théorie de l'appendicite, il soutient toujours que dans tout accident appendiculaire il y a comme premiers moyens une exaltation de la virulence des microbes enfermés en cavité close. M. Reclus admet lui aussi cette exaltation de la vi-

rulence, dit M. Dieulafoy, mais il l'attribue à la stagnation des matières stercorales dues à la situation déclive de l'appendice. Avec cette théorie, il est impossible d'expliquer les cas d'appendicite dans un appendice à type remontant ce qui a été déjà observé.

*Séance du 30 mars. — De l'hydronéphrose et de son traitement par l'uretéro-pyélo-néostomie.* — M. Ch. Monod fait un rapport sur un cas opéré par M. Bazy. Il s'agissait d'un homme de 49 ans, porteur d'une hydronéphrose volumineuse. La collection liquide ouverte par laparotomie, M. Bazy put se rendre compte que le rein était relativement sain et il ne put découvrir d'autre cause à la distension du bassinet que la mauvaise implantation de l'uretère qui n'aboutissait pas au point déclive du bassinet dilaté mais au niveau ou un peu au dessus de l'équateur de la tumeur.

Alors, au lieu d'enlever le rein, il se contenta de réséquer 4 centimètres de l'uretère et après l'avoir fendu longitudinalement sur une étendue de 1 centimètre 1/2, pour agrandir l'orifice de communication, de le fixer à la face postérieure de la poche, au point le plus déclive. Les suites de l'opération furent bonnes. Au bout de sept jours l'urine passe du rein opéré dans la vessie, un mois plus tard la plaie abdominale était complètement fermée. Le malade a été revu au bout de cinq mois, en parfait état.

*Des mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire.* — M. Hervieux fait une communication dont voici les conclusions :

1° Exiger l'application rigoureuse des articles 29, 30, 31 et 32 de la loi du 23 décembre 1894 sur la protection de l'enfance, articles relatifs à la vaccination des nour-

rices et des nourrissons, mais aussi des femmes qui se chargent de la garde ou du sevrage d'un enfant ;

2° En vertu des circulaires, règlements, arrêtés ministériels exiger la vaccination des élèves à leur admission dans les écoles primaires publiques et privées, dans les lycées, pensionnats et maisons d'éducation quelconques et la revaccination de ces mêmes élèves pour être admis ou maintenus dans lesdits établissements, lorsqu'ils ont atteint leur dixième année ;

3° Organiser l'inspectorat médical sur une base assez large pour assurer dans toutes les communes le service des vaccinations et des revaccinations ;

4° Exiger de toute jeune femme, qui désire contracter mariage, un certificat de revaccination dûment légalisé.

*Entéro-colite et appendicite.* — M. Reclus revient à nouveau sur ce sujet pour répondre aux objections de M. Dieulafoy et il fait remarquer que si M. Dieulafoy a pu relever 7 ou 800 cas d'entéro-colite sans appendicite, cela tient à ce que les ouvrages dont il les a tirés ont été faits à une époque où on ne s'occupait pas de l'appendicite et il est bien naturel qu'il n'ait pas été fait mention de coexistence ou d'absence de cette dernière maladie.

Il a interrogé un médecin de Châtel-Guyon qui lui a dit avoir vu souvent l'appendicite succéder à l'entéro-colite. Enfin, pour ce qui est de sa théorie pathogénique de l'appendicite, la *stagnation*, M. Reclus s'étonne que M. Dieulafoy pense en avoir démontré l'inanité en rappelant les cas nombreux où l'appendicite éclate dans un appendice à type remontant. Il fait remarquer que dans ces appendices à type remontant, l'embouchure de l'ap-

pendice dans le cæcum restant fixe, il ne peut changer de direction et remonter sans qu'une coudure brusque se fasse qui oblitère sa lumière. On a alors un véritable vase clos où stagnent forcément les liquides intestinaux.

D^r G. Nimier.

---

## SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

I. La ladrerie chez l'homme. — II. Accidents nerveux précoces du mal de Pott. — III. Entérite muco-membraneuse (dysenterie). — IV. Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie a staphylocoques. — V. De l'infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie.

### I

(*Séance du 26 février.*) — M. André Petit rapporte une observation de ladrerie chez l'homme :

Un homme de 55 ans entre à l'hôpital pour une bronchite grippale, le 4 février dernier. En procédant à son examen, il constate dans la région sus-épineuse droite deux petites tumeurs sous-cutanées, formant une légère saillie, de volume inégal, mobile sous le doigt, indolore, recouverte d'un peau saine. En poursuivant cet examen M. Petit en trouve dix autres; leur volume variait entre celui d'un gros pois et celui d'un grain de raisin; les plus faciles à explorer paraissaient ovales ou légèrement aplaties; elles offraient une certaine élasticité, une consistance rappelant plutôt celle du cartilage que celle du lipome.

En outre le malade était atteint de tænia comme cela arrive fréquemment dans ces cas. Il était originaire de Lorraine et mangeait beaucoup de charcuterie peu cuite.

Une des petites tumeurs de la fosse sus-épineuse fut enlevée ; elle était située sous l'aponévrose d'enveloppe, en contact direct du muscle, et présentait tous les caractères du cysticerque invaginé dans la vésicule ; la tête munie de crochets était nettement visible.

M. Thibierge vient d'observer en même temps dans le même hôpital un homme de 60 ans, entré pour une pleurésie et qui présentait aussi trois petites tumeurs, absolument indolentes ; ce malade aurait eu le tænia dont il paraît débarrassé, une des petites tumeurs fut enlevée et contenait aussi un scolex type de tænia armé.

Il est à remarquer que, dans ce cas, le tænia que le malade aurait évacué, il y a quelques mois, aurait présenté les caractères d'un tænia inerme puisque les cucurbitaires sortaient de l'anus dans l'intervalle des garde-robes et étaient animés de mouvements appréciables ; ce qui démontrerait ou la coexistence de deux espèces de tænia chez le même malade ou que le tænia armé peut comme le tænia inerme produire des cucurbitaires animés de mouvements et sortant dans l'intervalle des garde-robes.

M. Petit fait remarquer que son malade qui a rendu un tænia armé affirmait avoir rendu des cucurbitaires animés de mouvements.

II

MM. Sirrdey et Grognot font une communication sur les *accidents nerveux précoces du mal de Pott*. Les troubles moteurs et sensitifs consécutifs au mal de Pott sont bien connus, lorsqu'ils suivent la déformation du rachis et les abcès par congestions ; les accidents dont il s'agit ici sont des manifestations précoces, douleurs ou paraly-

sies, qui précèdent de plusieurs mois, même de plusieurs années l'apparition des phénomènes caractéristiques de la tuberculose vertébrale.

Ces auteurs publient quatre observations à l'appui de leur communication.

L'intérêt principal de ces observations réside dans le long intervalle qui s'est écoulé entre les manifestations nerveuses initiales et l'apparition des signes caractéristiques du mal de Pott. Chez trois de ces malades, les premiers indices des lésions spinales s'étaient montrés plus de deux ans avant que l'on pût reconnaitre la déviation du rachis ou l'existence d'un abcès par congestion, donnant en quelque sorte la signature de la maladie. Et chez le quatrième, le début des accidents remontait à neuf mois, lorsque des abcès osseux des avant-bras révélèrent la tuberculose, et ce n'est encore que trois mois plus tard que l'on constata la formation d'un abcès en avant de la colonne vertébrale.

Dans toutes les observations, la douleur fut le phénomènes initial : une fois elle se compliqua bientôt de paraplégie; une autre fois elle s'accompagna d'accidents vagues à peu près généralisés qui donnaient l'impression de manifestations neurasthéniques. Le malade, dans ce dernier cas, avait d'ailleurs une hérédité nerveuse assez chargée et il ne serait pas impossible qu'une influence névrosique se fût ajoutée à celle des lésions organiques.

Mais la douleur n'en fut pas moins ici, comme chez les autres malades, le symptôme prédominant. Elle suivait généralement le trajet des nerfs, présentant les irradiations et les points caractéristiques des névralgies les plus classiques.

Aussi, en présence de ces manifestations, le diagnostic

qui s'impose, dès le début, est-il celui de névralgies. Comme on le constate, à ce moment, ni déformations, ni points douloureux sur le rachis, ni abcès ; si porté que l'on soit à voir dans les névralgies le retentissement de lésions viscérales ou osseuses, on ne peut saisir les éléments d'un diagnostic précis. Les jours passent, les accidents locaux semblent s'atténuer, tout semble éloigner de plus en plus l'hypothèse des altérations graves auxquelles on aurait pu songer au début, et c'est quand on commence à se résigner au diagnostic de névralgie que l'apparition d'un abcès ossifluent ou d'une déformation du rachis, donne la solution du problème. Il est bon de remarquer que les douleurs locales s'atténuent fortement quand cet abcès commence à se faire jour au dehors.

Deux autres caractères de ces douleurs doivent être signalés : la douleur a une continuité longue, avec des recrudescences violentes, mais en dehors des crises, elle persiste toujours ; en outre ces douleurs ont une marche envahissante s'étendant progressivement aux branches nerveuses voisines.

La fièvre qui accompagne souvent ces névralgies est aussi en faveur des altérations tuberculeuses.

M. Achard signale qu'il a fait, avec M. Joffroy, à la Salpêtrière, l'autopsie de deux vieilles femmes paraplégiques qui avaient toutes deux un mal de Pott qui fut une véritable trouvaille d'autopsie.

III

M. Jacquet a observé un certain nombre de blennorrhagiens atteints de *talalgie*.

Cette talalgie consiste en une douleur, souvent nulle au repos, réveillée par la marche et par la pression,

surtout à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille et sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes.

Souvent aussi, la région est déformée ; le talon gonflé en masse ; presque toujours symétrique (11 fois sur 13 observés), la lésion peut être limitée à un seul pied.

M. Jacquet pense qu'il s'agit dans ces cas d'une hyperostose, d'une véritable calcanéite ossifiante et il a pu, à l'autopsie chez un malade de M. Debove, vérifier cette lésion.

Cette douleur est assez difficile à guérir ; comme traitement, on doit conseiller : 1° le repos au lit assez prolongé ; 2° des pointes de feu répétées sur la colonne vertébrale ; 3° l'hydrothérapie chaude, si l'excitation du système nerveux paraît prédominer ; froide en cas de dépression ; 4° le massage local ; 6° les bains térébenthinés.

IV

M. Galliard lit une observation avec remarques à la suite sur un *érythème infectieux compliquant une colite mucino-membraneuse aiguë* ; cette observation a servi de point de départ à une discussion qui s'est prolongée à la séance suivante.

Voici d'abord le résumé de l'observation :

Enfant de 5 ans, ayant eu plusieurs fois de l'embarras gastro-intestinal. Au commencement de décembre dernier, malaises et difficulté de digestion. Le 7 décembre, douleurs épigastriques violentes, évacuations glaireuses, langue chargée, pas de fièvre.

Le 8. Coliques moins douloureuses, dans les selles grands lambeaux de mucus ; état analogue les jours suivants : selles composées de masses glaireuses, rubans, cylindres déchiquetés, pas de sang, pas de fièvre.

Le 14. Même état de l'intestin ; l'enfant a beaucoup maigri ; yeux excavés, joues creuses, côtes saillantes, ventre en bateau ; prostration ; ténesme vésical.

Le 16. Après une amélioration la veille, fièvre le soir ; T. 39,4 ; un peu de catarrhe oculaire et nasal, vagues rougeurs de la face, quelques râles sibilants.

Le 17. Agitation nocturne ; ténesme vésical et rectal ; peu d'urines, quelques matières semi-liquides avec glaires, urines légèrement albumineuses. T. M. 40,1 ; piqueté rouge à la face, au pli des coudes, conjonctives infestées. T. S. 40,4.

Le 18. T. M. 40.2 ; l'éruption s'est accentuée, les papules se sont élargies autour de la bouche et des yeux ; elles envahissent les oreilles, le cou, la nuque ; on en voit quelques-unes au thorax, aux aisselles, aux genoux.

Les 19 et 20. Les papules se sont élargies, l'éruption a l'apparence morbilliforme ; la température aux environs de 40°, descend toutes les trois heures, après bains froids, de 2 ou 3 degrés pour remonter.

Le 21. L'éruption commence à s'atténuer.

Le 22. La diarrhée continue toujours, verdâtre, avec quelques mucosités, la desquamation commence.

Le 23. Amélioration, la fièvre a été tous les jours en diminuant, l'éruption a beaucoup pâli ; quelques placards d'urticaires sur le ventre.

La guérison se fait progressivement les jours suivants.

Un examen bactériologique des gardes-robes faites le 19 décembre, a démontré qu'il n'existait ni streptocoques, ni staphylocoques, mais des colibacilles en grand nombre.

Voici comment M. Galliard résume son observation :

Il y a 2 phases distinctes dans l'histoire clinique de mon jeune malade :

1° Une période d'apyrexie qui a duré seulement dix jours et pendant laquelle s'est affirmée la colite mucino-membraneuse. On remarquera l'évolution rapide de cette colite, dont nous observons le plus souvent la forme chronique chez l'adulte.

2° Une phase fébrile, succédant à la première, au moment où la convalescence paraissait imminente. Pendant cette seconde phase, érythème généralisé, traité avec succès par la balnéation froide.

Cet érythème avait une analogie frappante avec celui qu'on observe dans les maladies infectieuses, spécialement dans la fièvre et le choléra.

Ici l'infection paraît avoir été simplement *colibacillaire*.

M. Le Gendre fait remarquer que l'enfant soigné par M. Galliard a pris du calomel à plusieurs reprises. Sans prétendre que l'érythème n'a pas été causé par le colibacille, il fait remarquer que le calomel est capable de provoquer un érythème chez certains sujets.

(*Séance du 12 mars.*) — A propos du procès-verbal, M. Comby revient sur la question, et, après avoir résumé 9 observations du même genre, au point de vue intestinal, donne une description complète de cette affection qu'il décrit sous le nom d'*entérite muco-membraneuse* ou *folliculaire* des enfants.

En somme, sous ce nom, notre ancien collègue Comby décrit les lésions et les symptômes de la dysentérie de forme commune et de forme bénigne ; il nous semble inutile de créer une nouvelle espèce morbide. Voici les symptômes qu'il décrit pour l'entérite muco-membraneuse.

L'enfant qui, depuis quelques jours, était pâle, sans appétit, sans entrain, se plaint d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; il se met sur le vase 10, 15, 20 fois par jour ; la quantité de matières rendues à chaque fois est insignifiante ; on trouve des glaires, des mucosités, des matières analogues à des crachats, parfois du sang ou même du pus. De temps à autre, l'enfant expulse des lambeaux membraneux qui résultent de la desquamation de la muqueuse intestinale enflammée. Ces fausses membranes peuvent être larges, aplaties, figurant des lambeaux aponévrotiques ou tendineux ; ou bien elles sont étirées, allongées, plates ou rondes, ce qui fait penser au ténia et aux ascarides lombricoïdes. D'autrefois les membranes sont cylindriques et pour ainsi dire moulées sur l'intestin dont elles émanent.

Lorsque, au chapitre Diagnostic, M. Comby parle de la dysentérie il dit, pour la distinguer de l'entérite muco-membraneuse, que les selles contiennent plus de sang, que les matières ont l'apparence de viande hachée, de râclure de boyau, qu'elles révèlent une ulcération profonde de la muqueuse intestinale et qu'enfin la notion épidémique est là pour lever les doutes ; en somme pour M. Comby c'est de la dysentérie lorsque les affections se montrent à l'état épidémique ; c'est de l'entérite muco-membraneuse, lorsqu'on se trouve en présence de cas sporadiques.

## V

M. Widal a observé dans son service un homme de 40 ans qui est venu mourir d'une pyohémie (diathèse purulente) ayant amené des suppurations métastatiques dans les poumons, les reins, l'épididyme, le péricarde et

la peau ; le microbe trouvé à l'examen bactériologique de ces diverses suppurations est le staphylocoque doré.

Ce fait est une démonstration que la diathèse purulente peut se montrer sous l'influence de divers microbes (streptocoques, staphylocoques, etc.). Mais ce qui est le plus curieux dans la communication de M. Widal est une trouvaille d'autopsie, un ulcère rond qui existait dans l'estomac et que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie.

Vers la partie moyenne de la petite courbure apparaît une ulcération circulaire, plus grosse qu'une pièce de 2 francs. Les bords en sont très nets, taillés à pic, sans gradins. Cette ulcération a rongé dans leur totalité les parois de l'estomac, et son fond est formé par un tissu jaunâtre, qui n'est autre que le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la petite courbure.

Quelques rameaux vasculaires intacts rampent sur ce tissu cellulo-adipeux au fond de l'ulcère qu'ils traversent à la façon de diagonales.

Tout autour de l'ulcération, et c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, la muqueuse et la sous-muqueuse, énormément œdématiées et vascularisées, forment une tuméfaction en forme de cône évasé et dont le sommet tronqué est formé par l'ulcère qui est là ouvert à la façon d'un cratère. Cet œdème si considérable, qui rayonne autour de l'ulcère, donne à la lésion une physionomie toute spéciale.

M. Widal pense qu'un petit abcès a pu se former dans la paroi de l'estomac, abcès vidé dans l'estomac, ou qu'il s'est fait une érosion à staphylocoques et que le suc gastrique a fait le reste.

## VI

M. Duflocq rapporte l'observation d'un malade alcoolique atteint d'une pneumonie avec ictère et guéri, dont le sang contenait des pneumocoques. Ce fait démontre que la généralisation des pneumocoques peut avoir lieu sans que la pneumonie présente une très grande gravité ; il est en faveur de l'opinion des médecins qui pensent que la lésion des poumons dans ce cas n'est que la localisation d'une affection générale.

Dr Marc Jousset.

---

# REVUE DES JOURNAUX

### SÉROTHÉRAPIE ANTI-CANCÉREUSE

M. G. Brunner publie dans les *Archives russes de pathologie* 4 observations de tumeurs traitées par la sérumthérapie. Le sérum était obtenu de la façon suivante :

Un ostéosarcome a été trituré avec 4 fois son volume de solution stérilisée de sel marin à 0.7 p. 100 ; puis filtré sur le filtre de Kitasato ; 1 à 3 centimètres cubes de ce liquide étaient injectés à un mouton pendant plusieurs jours de suite ; puis, par manque de liquide on s'est servi du liquide obtenu par trituration d'un sarcome avec une solution physiologique de sel marin ; on en injectait 5 à 10 centimètres cubes à la fois. Enfin l'extrait d'un ostéosarcome malin était injecté à la dose de 10 à 30 centimètres cubes. — En préparant ces extraits l'auteur tâchait de ne prendre que les tumeurs, dont la surface

pouvait être parfaitement stérilisée, afin d'éviter l'action secondaire des toxines des microbes qui souillent les néoplasies ulcérées. — Les injections n'ont provoqué aucune réaction. — Onze jours après la dernière injection on recueillit aseptiquement le sérum du mouton injecté et, après y avoir additionné 3 p. 100 d'acide phénique, on le filtra, on y ajouta quelques gouttes de chloroforme. Le liquide ainsi obtenu était absolument stérile.

I. Dans le premier cas traité par ce sérum, il s'agissait d'un angio-sarcome plexiforme de l'orbite inopérable, chez un garçon de 14 ans; la tumeur remplissait tout l'orbite; le malade souffrait d'insomnies rebelles, de douleurs violentes de l'extrémité céphalique et avait des vomissements après chaque repas. Les injections furent faites tous les jours ou tous les deux jours, à la dose de 5, 6, 8, 10 centimètres cubes. Déjà, après quelques injections, l'état général du malade fut notablement amélioré, les douleurs et les vomissements cessèrent, l'insomnie diminua notablement. Les injections étaient à peine douloureuses et ne provoquaient d'abord aucune réaction, mais, à partir de la dixième, elles donnaient lieu à un léger œdème de courte durée au niveau du point injecté. — Dès qu'on eut cessé les injections, tous les phénomènes généraux et subjectifs revinrent et la tumeur, dont l'aspect n'avait pas été modifié par les injections, se mit à augmenter rapidement de volume. — L'influence favorable des injections de sérum ne pouvait être attribuée à la suggestion, puisque l'injection d'une solution physiologique de sel marin n'a donné aucun résultat.

II. Malade de 43 ans, atteint de squirrhe du sein gauche, avec quelques nodules dans la glande du côté

droit, œdème du membre gauche, gêne de la respiration et douleurs.

Les injections de sérum faites tous les trois jours à la dose de 3 centimètres cubes amélioraient les phénomènes subjectifs pendant deux jours et le troisième tous les troubles revenaient. Au bout de douze jours (après 4 injections), lorsque le malade quitta, sur sa demande, l'hôpital, on pouvait constater la diminution des nodules métastatiques, mais la tumeur principale ne changea pas d'aspect.

Les deux autres malades furent traités avec du sérum d'un chien auquel on avait injecté l'extrait d'un cancer de sein non ulcéré.

III. Malade de 62 ans, épithélioma ulcéré de la face très étendu. Injections de 3-6 centimètres cubes tous les deux ou cinq jours ; en deux mois et demi il a été injecté 70 centimètres cubes ; les douleurs cessèrent complètement ; — la surface de l'ulcère se détergea et il devint beaucoup moins saignant, sans cependant tendance à la cicatrisation ; l'état général devint excellent, aussi la malade demanda-t-elle à quitter l'hôpital ; — cependant si les intervalles entre les injections étaient plus grands, tous les phénomènes morbides revenaient.

IV. Malade de 68 ans, carcinome de la face et des fosses nasales ayant envahi le voile du palais ; injection de 3 à 5 centimètres cubes de sérum tous les trois ou cinq jours ; comme résultat, retour du sommeil et cessation des douleurs, mais pas de changement de l'aspect de la tumeur.

En résumé on peut tirer de ces observations les conclusions suivantes :

1° Le sérum bien préparé ne provoque (à la dose de 3-10 centimètres cubes) aucun trouble local, ni général.

2° Il ne paraît avoir aucune influence sur le taux d'hémoglobine, ni sur les hématies.

3° Tous les phénomènes subjectifs provoqués par la tumeur, sont très bien influencés par les injections de sérum et, à ce point de vue, le sérum donne de meilleurs résultats que tous les autres palliatifs.

4° La surface des néoplasies ulcérées se déterge et les hémorrhagies diminuent pendant les injections.

5° Le sérum n'agit que pendant deux à cinq jours et, à défaut d'une nouvelle injection, il y a retour de tous les troubles.

6° Le sérum ne semble avoir aucune influence sur l'état de la tumeur. (*Médecine moderne*, 6 février.)

---

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

A la séance du 8 mars de la Société de chirurgie, MM. Schwartz, Tuffier et Poncet (de Lyon) ont successivement parlé de la question.

M. Schwartz est intervenu l'année dernière pour un goître exophthalmique.

Il s'agit d'une femme de 57 ans, atteinte depuis un an de tous les phénomènes d'une maladie de Basedow. L'exophtalmie était peu prononcée, mais le goître était assez volumineux ; la tachycardie était très intense. La cachexie était très accusée.

Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur intra-thyroïdienne, donc justiciable de la chirurgie.

M. Schwartz opéra cette malade. L'hémorragie fut formidable, malgré le petit volume du goître, mais elle s'arrêta grâce à un tamponnement à l'antipyrine. On fit l'énucléation intra-glandulaire de la tumeur.

Les suites opératoires furent parfaites. Pendant 3 jours, cependant, il y eut des accidents cardiaques intenses (palpitations, syncope, etc.); sous l'influence du bromure, ces accidents cardiaques cédèrent.

La malade est guérie non seulement de son opération, mais encore de ses phénomènes basedowiens. La cachexie a disparu complètement.

Donc le goître, malgré son petit volume, avait produit des accidents marqués du côté du grand sympathique, et l'opération a guéri la malade.

M. Tuffier présente deux malades opérées pour des goîtres exophtalmiques.

L'une a été opérée le 13 février 1894 : c'est la tumeur thyroïdienne qui a débuté, les phénomènes basedowiens ont suivi. M. Tuffier a fait la thyroïdectomie partielle du lobe droit. Cette malade est guérie complètement.

La seconde malade avait présenté des phénomènes aigus de goître exophtalmique. Il s'agit d'une femme de 32 ans. Ce sont les accidents de tachycardie, de tremblement, de diarrhée, qui ont débuté. Le goître était peu prononcé. L'affection avait débuté un an auparavant.

M. Tuffier a fait la thyroïdectomie partielle, il y a un mois.

Actuellement cette malade est très améliorée, mais elle présente encore de l'exophtalmie.

M. Tuffier cautérise toujours au fer rouge la surface de section du corps thyroïde, pour empêcher l'écoulement dans la plaie du suc thyroïdien, très toxique.

M. Poncet (de Lyon). Des accidents généraux peuvent apparaître au cours des opérations sur le goître. Il s'agit de phénomènes d'intoxication, caractérisés par de la tachycardie, des accidents nerveux, de la fièvre. Cette intoxication est d'origine thyroïdienne sans doute.

Ces accidents sont redoutables surtout dans les cas de maladie de Basedow coïncidant ou non avec une tumeur thyroïdienne.

Des malades peuvent succomber quelques heures après l'opération.

Ce n'est pas le shok chirurgical, ni l'intoxication par l'iodoforme, mais sans doute l'intoxication par le suc thyroïdien qui produit ces accidents post-opératoires.

Ce sont en somme des phénomènes de basedowisme suraigu. S'agit-il de l'entrée du suc thyroïdien en trop grande quantité dans le sang, au moment de l'opération? On peut l'admettre.

Il faut donc être très réservé d'interventions sanglantes chez les malades atteintes de maladie de Basedow.

Il vaut mieux sectionner le grand sympathique des deux côtés avec résection du ganglion cervical supérieur, que de toucher à la glande thyroïde dans ces cas. D'ailleurs après la thyroïdectomie la récidive peut se voir longtemps après l'opération.

Donc M. Poncet se rallie à l'opinion de M. Jaboulay et aime mieux pratiquer la section bilatérale du grand sympathique qui donne de bons résultats opératoires et ne semble pas donner de récidives. (*Médecine moderne*, 6 mars).

---

## CARACTÈRES PROPRES A LA GOUTTE SATURNINE

M. Nobécourt vient de publier une revue générale sur la goutte saturnine, dans la *Semaine médicale* (13 février). Nous lui emprunterons quelques renseignements sur les caractères spéciaux qu'elle revêt.

Au lieu d'être précédée par les manifestations goutteuses non articulaires que l'on relève chez les jeunes

gens qui seront atteints plus tard d'accès de goutte héréditaire, on relève dans les antécédents de la goutte saturnine, les coliques de plomb, l'albumine, les paralysies, etc.

L'accès de goutte en lui-même, au début, est absolument semblable dans les 2 cas, débutant tout d'un coup, la nuit, presque toujours dans un gros orteil, durant plusieurs jours violent et diminuant graduellement.

Dans la goutte saturnine les accès suivants surviennent à des intervalles beaucoup moins éloignés que dans la goutte ordinaire, et les douleurs ont une tendance à envahir un grand nombre d'articulations, à se généraliser. La goutte saturnine a ainsi une très grande tendance à passer à l'état chronique ; elle présente des tophus comme la goutte commune.

---

## BIBLIOGRAPHIE

### DE L'ARTHRITE CERVICALE D'ORIGINE RHUMATISMALE

M. le D[r] Humeau, ancien interne de l'hôpital Saint-Jacques, a consacré sa thèse (1) à la vulgarisation des idées actuelles sur le rhumatisme cervical, sur le torticolis, qui serait presque toujours causé par un arthrite cervicale, et dans lequel le spasme musculaire serait presque toujours secondaire.

Il y a quelques années l'opinion opposée était généra-

(1) Thèse de Paris. H. Jouve. 1896.

lement admise et le torticolis était considéré comme causé par une douleur rhumatismale siégeant dans les muscles du cou (sterno-cleïdo-mastoïdien, trapèze, etc.), MM. Lannelongue, Broca et Marfan ont beaucoup contribué à modifier l'opinion reçue, et pour ces auteurs l'origine habituelle du torticolis est articulaire.

Nous ne rappellerons pas ici les symptômes habituels du torticolis, douleur par le mouvement, attitude vicieuse de la tête; nous insisterons seulement sur les signes qui permettent de reconnaître l'origine articulaire du torticolis. « La douleur spontanée a le plus souvent peu d'intensité et le malade cesse de s'en plaindre quand sa tête est bien appuyée sur l'oreiller, bien immobilisée. La contraction des muscles voisins disparaît dans la même position, preuve qu'elle a seulement pour but d'assurer l'immobilisation des surfaces articulaires douloureuses. Mais le malade vient-il à faire un mouvement, aussitôt la douleur se manifeste à nouveau en même temps que reparaît la contracture.

« Le siège de la douleur spontanée est un peu vague. Elle occupe d'une manière assez diffuse toute la région de la nuque, pourtant avec prédominance d'un côté.

« Pour bien préciser son siège, il faut recourir à la méthode des pressions localisées. On constate alors que les muscles sont indolores ou du moins peu douloureux, tout aussi bien du côté où est inclinée la tête que du côté opposé. Il n'en est plus de même au niveau de la colonne cervicale. La pression sur les apophyses épineuses cause une vive souffrance sur une hauteur variable selon le siège de l'affection.

« La pression sur les masses latérales des vertèbres est plus douloureuse encore, bien que celles-ci soient pro-

tégées par les muscles des gouttières vertébrales, qui se raidissent sous la main pour protéger les articulations sous jacentes. Quelquefois les masses latérales sont douloureuses des deux côtés. Le plus souvent la douleur existe d'un côté seulement. Nous verrons en étudiant l'attitude vicieuse que, dans ces derniers cas, il y a inclinaison latérale de la tête avec courbure de la colonne cervicale convexe du côté douloureux. »

Cette affection ne dure ordinairement que quelques jours, parfois quelques mois; il peut même arriver qu'elle devienne le point de départ d'attitude vicieuse incurable. Le diagnostic le plus important est celui du mal de Pott cervical, affection très fréquente, demandant un traitement tout différent.

M. le Dr Humeau a réuni dans sa thèse seize observations, dont onze sont inédites.

En terminant, nous devons constater que le Dr Humeau a fait un travail sérieux, intéressant qui nous paraît bien établir la réalité de l'origine articulaire du torticolis dans la plupart des cas.

Dr Marc Jousset.

---

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

---

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

# L'ART MÉDICAL

## MAI 1897

## THÉRAPEUTIQUE

### UNE NOUVELLE TUBERCULINE DE M. KOCH.

M. Koch vient de surprendre le monde médical par l'annonce *urbi et orbi*, c'est-à-dire dans la presse scientifique et dans la presse politique, de la découverte d'un nouveau moyen de vaccination et de guérison de la tuberculose. Il faut que le professeur de Berlin soit bien sûr de son nouveau mode de traitement pour venir ainsi faire appel à la publicité après le misérable avortement de sa découverte de 1890.

Cette première communication fut saluée comme la découverte thérapeutique la plus importante du siècle. L'enthousiasme des malades égalait l'empressement des médecins à employer ce nouveau traitement mais bientôt l'illusion se dissipa ; la tuberculine ne vaccinait point les cobayes, mais en revanche elle tuait les tuberculeux ; et le monde médical ne tarda pas à tirer cette conclusion que le grand travail de Koch se résumait dans la découverte d'un réactif très sûr pour le diagnostic de la tuberculose au début.

Nous avouons que ce résultat a une certaine importance pratique et, si Koch se fut borné à présenter sa tuberculine comme un réactif de la tuberculose, nous n'aurions qu'à le louer. Mais la comparaison de ce très modeste résultat

avec les pompeuses promesses de l'auteur, et surtout avec les tristes conséquences qui en ont été la suite, justifie notre critique.

La seconde communication de M. Koch aura-t-elle plus de valeur que la première?

Koch n'abandonne pas complètement sa première découverte et, passant sous silence les réactions dangereuses qui suivent si souvent l'injection de la tuberculine, il lui reproche seulement de déterminer chez le malade une sorte d'immunité qui empêche les réactions nécessaires à la guérison ! Il ajoute qu'avec de l'habileté et de la patience on arrive encore à guérir la tuberculose, et s'il ne recommande plus la tuberculine c'est qu'il a trouvé quelque chose de mieux.

En quoi consiste donc cette découverte?

Nous ne parlerons que pour mémoire d'un mélange de culture pure de tuberculose avec une solution de soude caustique à 10 p. 100 parce que, de l'aveu même de Koch, ce mélange produit des abcès. Voici le second procédé.

Il fait dessécher dans le vide des cultures pures de tuberculose ; il triture longuement ces cultures desséchées dans un mortier d'agathe, puis il émulsionne cette préparation en la triturant avec l'eau distillée. Ce mélange est soumis pendant trois quarts d'heures à la centrifugation au moyen d'une puissante machine faisant quatre mille tours à la minute.

Au bout de ce temps, l'émulsion se trouve divisée en deux couches ; une, supérieure, liquide, blanchâtre, opalescente, transparente et sans bacille, c'est ce qu'il appelle la *tuberculine supérieure* qu'il désigne par deux lettres T. O. (*obere* supérieur) ; une couche inférieure formant un précipité boueux adhérent aux parois du vase. Ce précipité

est de nouveau séché dans le vide, de nouveau trituré et de nouveau centrifugé.

Ce mélange donne comme précédemment deux couches, une couche supérieure de liquide transparent et un précipité demi-liquide.

En répétant plusieurs fois l'opération, presque tout le précipité devient liquide.

En d'autres termes, la masse entière de culture de tuberculose se trouve transformée en une série de couches liquides absolument transparentes ; c'est ce que Koch appelle T. R. (*résiduelle tuberculine*) et c'est avec cette tuberculine qu'il a fait ses expériences sur les cobayes et sur l'homme (1).

Quels sont les résultats obtenus par Koch par les injections de son nouveau liquide qui, remarquons-le bien, n'est, en résumé, qu'une culture pure de tuberculose rendue absorbable par les manipulations qu'il lui fait subir ?

Le liquide à injecter est dilué avec la solution physiologique de chlorure de sodium, au lieu de la solution phéniquée employée pour la tuberculine.

Les premières injections ne doivent contenir qu'un 1/500 de milligramme de substance solide, et si cette très petite dose provoquait une réaction il faudrait diluer davantage le liquide.

(1) Nous remarquons que le procédé de trituration employé par Koch est emprunté à l'homœopathie et, si la quatrième trituration de Koch modifie le corps des microbes de telle sorte qu'ils se comportent comme des corps solubles, il n'est pas étonnant que la quatrième dilution homœopathique arrive au même résultat avec les corps insolubles.

On augmente très lentement la dose du principe actif afin d'éviter toute élévation de température, et lorsqu'une ascension de 1° s'est produite, il faut attendre que la température soit redevenue à son niveau normal avant de procéder à une autre injection. La dose la plus élevée à laquelle Koch doit arriver progressivement est celle de 20 milligrammes. Nous remarquons la différence énorme qui existe entre la plus petite dose, un 5/100 de milligramme, et la plus grande, 20 milligrammes.

Sauf les cas de réaction, les injections sont pratiquées tous les deux jours *environ*.

Koch ajoute dans le paragraphe suivant : pour immuniser les cobayes, on injecte d'emblée 2 ou 3 milligrammes. Cette dose serait mortelle sur un cobaye tuberculeux.

Koch affirme qu' « en observant ces préceptes, il a obtenu chez un grand nombre de cobayes une immunisation si complète que ces animaux ont pu supporter des inoculations de culture virulente sans être infectés ».

Les cobayes rendus tuberculeux ont été guéris par les injections de ce nouveau liquide de Koch et les guérisons ont été confirmées par l'autopsie. Dans le foie, les foyers tuberculeux étaient remplacés par des sillons et des enfoncements donnant à l'organe un aspect bosselé. La rate présentait aussi des parties ratatinées et était tellement atrophiée qu'on avait de la peine à la trouver. Chez le cobaye le traitement doit être commencé au bout d'une ou deux semaines après l'inoculation.

Ces mêmes règles s'appliquent à la tuberculose humaine.

Au début, « il convient de n'administrer que des doses assez faibles pour ne produire aucune immunisation appréciable ; et ce n'est qu'après avoir atteint des doses de

5 décimilligrammes à 1 milligramme, qu'on peut voir se manifester des signes non équivoques d'immunisation » (1).

M. Koch affirme qu'il a employé dans un *nombre assez considérable de cas la tuberculine résiduelle* et qu'invariablement il a pu constater une amélioration considérable, « plus prononcée que celle que donne la tuberculine ordinaire et la préparation T. A. » (c'est la culture pure dissoute dans la soude caustique). Nous l'espérons bien, car nous savons ce que vaut la tuberculine ordinaire dans le traitement de la phtisie.

Koch recommande de ne pas employer des injections de sa nouvelle tuberculine dans les cas où le malade n'a plus que quelques mois à vivre, et dans ceux où une infection secondaire, notamment celle du streptocoque, est venue compliquer la tuberculose. M. Koch ajoute que cette complication se reconnaît d'après la marche de la température et que les malades qui atteignent 38° ne se prêtent qu'exceptionnellement à un traitement spécifique de la tuberculose.

Cette dernière affirmation est en contradiction formelle avec le passage suivant qu'on peut lire à la fin de l'article : « Les modifications subies par la fièvre chez les patients qui présentaient de grandes oscillations thermiques quo-

(1) *Immunisation*, nous ne savons si cette expression rend bien la pensée de M. Koch et si peut-être elle n'est pas dans son esprit synonyme de *réaction*, la réaction, dans la théorie de M. Koch, étant nécessaire à la guérison. L'immunisation, en pathologie générale, désigne un état naturel ou acquis dans lequel un organisme est réfractaire à une maladie. Alors pourquoi cette crainte de produire l'immunisation chez un malade en traitement?

tidiennes, dépassant 1°, ont été particulièrement frappante. Les crochets de la courbe thermique s'infléchissaient de plus en plus pour se transformer presque en une ligne droite située un peu en dessous de la ligne indiquant 37° ». Les malades qui ont de grandes oscillations au-dessus de 37° ont généralement plus de 38°, et cependant leur état serait très heureusement modifié par les injections de tuberculose quoique à la page précédente M. Koch dise le contraire.

Les signes qui annonceraient l'amélioration obtenue par le traitement de Koch sont : l'augmentation du poids, la diminution de la toux et de l'expectoration, l'absence de bacille dans les crachats, la diminution de la zone de matité et la disparition des râles au niveau de la partie lésée.

Que devons-nous croire de ces nouvelles affirmations de M. Koch? A-t-il trouvé un produit qui immunise réellement les cobayes contre la tuberculose et guérisse l'homme et les animaux atteints de cette maladie? Après les exagérations si regrettables, à tous égards, de la première communication de M. Koch en 1890, nous avons le droit d'être défiants et de n'accepter ces affirmations que lorsqu'elles auront été vérifiées dans la clinique et dans le laboratoire.

Maintenant, autant que possible, rendons-nous un compte exact de la nature du produit employé par M. Koch.

Ce produit a pour base une culture pure de tuberculose contenant le bacille et ses toxines, à la différence de la tuberculine dont les bacilles étaient tués par la chaleur et qui ne contenait guère que la toxine sécrétée par les bacilles.

Le nouveau produit contient donc, au début de la préparation, le bacille lui-même et ses produits. Après la trituration de la culture pure desséchée dans le vide, son émulsion dans de l'eau et une centrifugation de trois-quarts d'heures, le liquide est divisé en deux couches; l'une, la tuberculine supérieure; l'autre, la tuberculine du résidu ou résiduelle. Or ces deux produits sont tout à fait différents. La tuberculine supérieure est composée d'un liquide blanchâtre, opalescent, mais transparent, et qui ne contient plus de bacilles.

Ce liquide se mélange facilement avec la glycérine et ses propriétés toxiques se rapprochent beaucoup de celles de la tuberculine ordinaire, tandis que la tuberculine résiduelle « renferme surtout les parties constituantes des bacilles tuberculeux ». L'action de cette tuberculine résiduelle est tout autre que celle de la tuberculine ordinaire, c'est elle que nous avons étudiée dans l'immunisation des cobayes et la guérison de la tuberculose.

J'ajoute que, une fois débarrassée de la couche supérieure obtenue par la première manipulation, les opérations suivantes donnent bien encore deux couches de liquide, mais ces liquides ne présentent plus de propriétés différentes, ils constituent un liquide absolument transparent résultant de la transformation de la masse entière des bacilles tuberculeux privés de leur toxine par la première opération.

Le liquide proposé par Koch est donc, en résumé, le corps même des bacilles rendu soluble par des triturations successives. Il faut ajouter qu'il est dépourvu de toxines comme la tuberculine non pyrétogène de Klebs; j'ajoute que ce n'est rien moins qu'une découverte.

Depuis l'année dernière, nous avons eu l'idée d'employer

la culture pure de tuberculose pour immuniser les cobayes et guérir les tuberculeux.

Notre mode de préparation est beaucoup plus simple que celui décrit par Koch et il a l'avantage de contenir le bacille et sa toxine. Pour obtenir une atténuation de la virulence du produit nous n'avons point séparé la toxine mais nous avons diminué la dose jusqu'au millionième et au delà. Nous avons trituré la culture pure avec du sucre de lait dans la proportion de 1 p. 100, c'est-à-dire 5 centigrammes de culture pour 5 grammes de sucre de lait. Cette trituration est prolongée pendant une heure.

... J'ajoute que nous n'avons jamais songé à prendre de masque pour nous préserver, et que nous ne croyons pas pour cela être des héros; seulement nous nous rappelons les expériences de Cadéac et Malet et de tant d'autres qui prouvent que l'arrière-gorge et les fosses nasales sont absolument défendues contre la pénétration des bacilles sous forme pulvérulente, ce qui est préférable au meilleur masque.

Cette première trituration a été répétée trois fois et nous a donné ainsi trois triturations de culture pure de tuberculose, la première au centième, la seconde au dix-millième, la troisième au millionième.

Nous n'avons pas réussi à vacciner des cobayes contre la tuberculose avec ces préparations. On peut lire dans le numéro d'avril 1897 de l'*Art Médical* les détails de cette expérimentation.

Dans ce moment, nous traitons les cobayes tuberculeux par des injections de notre trituration au millionième de la manière suivante : nous mettons dix centigrammes de cette trituration dans un gramme d'eau pour une injection. Ces injections sont répétées deux fois par semaine,

à moins qu'une modification notable dans la température, nous fasse rapprocher ou éloigner les injections.

Quand la température baisse et tend à garder le niveau normal, nous suspendons les injections; si, au contraire, la température a une tendance à monter, nous les rapprochons.

Ces expériences sont encore trop récentes, pour que nous en publions les résultats.

Nous avons administré à des phtisiques, par la voie stomacale, ces mêmes préparations, mais diluées jusqu'au billionième. La transmission de la tuberculose par les aliments rend incontestable l'action des bacilles par la voie stomacale et justifie notre pratique.

Nous ne nous croyons pas permis, en ce moment, d'employer les cultures pures de tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées, qui est assurément la plus certaine et la plus énergique, avant de nous être assuré de l'innocuité de cette préparation sur les animaux.

D^r P. Jousset.

---

## REVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

### ACONIT

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

L'Aconit est peut-être le médicament sur lequel on a le plus écrit, mais nous recommandons tout spécialement aux médecins qui voudront se faire une idée de l'ensemble des connaissances sur l'Aconit, la lecture du travail si important publié par le professeur Imbert-Gourbeyre dans l'*Art médical* (1894-1895).

Nous ne reprendrons point en détail la pharmacodynamie de l'Aconit. Ce serait un travail aussi long qu'inutile puisqu'on peut le retrouver partout, mais nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude d'un certain nombre de symptômes et de lésions produits par l'Aconit chez l'homme sain. Et à l'aide de cette connaissance nous tâcherons de préciser les indications de ce médicament dans le traitement des maladies.

Nous étudierons d'abord la propriété qu'a l'Aconit de produire un mouvement fébrile. Nous en préciserons les caractères et nous rechercherons dans quel état pathologique l'Aconit doit être prescrit.

En second lieu, nous décrirons les lésions inflammatoires produites sur la valvule mitrale chez les animaux par l'Aconit à doses toxiques et nous verrons à quelle forme et à quelle période de l'endocardite correspond ce médicament.

Dans un troisième paragraphe nous étudierons l'action de l'Aconit sur le foie et son indication dans le traitement de l'ictère grave.

~~Le quatrième paragraphe contiendra les symptômes~~ produits sur les articulations et les indications de l'Aconit dans la goutte ou le rhumatisme. Les douleurs névralgiques produites par l'Aconit à l'état sain et l'action curative de ce médicament dans les névralgies constitueront le cinquième paragraphe.

I. — L'Aconit est un médicament pyrétogène par excellence. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Les caractères du mouvement fébrile signalés par Hahnemann sont le plus souvent l'existence du froid qui peut aller jusqu'au frisson tremblant avec pâleur des extrémités

et, en même temps, chaleur de la face et de la tête avec rougeur prononcée. Quelquefois la rougeur siége sur une seule joue, l'autre restant froide et pâle.

Cette coexistence de la chaleur et de la rougeur de la face avec frisson et pâleur des extrémités est caractéristique de l'action de l'Aconit.

Hahnemann signale encore une faiblesse pouvant aller jusqu'à la syncope pendant le frisson et un état larmoyant très prononcé. L'agitation excessive, l'angoisse accompagnent la chaleur. Des sueurs abondantes et générales suivent la période de chaleur.

Hering reproduit ce même syndrôme de frisson avec chaleur des joues et des oreilles et ajoute que le pouls est plein, la respiration courte et rapide, la soif très marquée.

Richard Hughes rappelle ce qu'a dit Hahnemann, et il y ajoute ces renseignements empruntés à la Société de Vienne. En résumé, tous les auteurs s'accordent pour donner les mêmes caractères à la fièvre produite expérimentalement par l'Aconit sur l'homme sain : Alternatives de chaleur et de froid, frisson tremblant, froid des extrémités et très rapidement rougeur et chaleur des joues et des oreilles, pouls fort et fréquent, grande soif ; tous s'accordent pour signaler une anxiété considérable avec une grande agitation. Nous verrons dans les expériences que nous rapportons ci-après que les lapins tués par l'Aconit étaient en proie à une grande agitation et une angoisse qu'ils manifestaient par des cris de douleur.

Des expériences que nous avons faites au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques il résulte que l'Aconit produit toujours une élévation considérable de la température ; qu'avec les doses faibles, mais pondérables, cette élévation est souvent directe ; que, dans certains cas, elle est pré-

cédée d'un très léger abaissement de la température pendant quelques heures ; qu'avec les doses fortes et toxiques l'abaissement est le fait primitif, qu'il se produit rapidement et est suivi d'une élévation de température proportionnée à l'abaissement initial.

Avec les doses toxiques et pendant l'abaissement de température, l'animal est très agité, il est en proie à une angoisse qui se traduit par des cris et précède de peu de temps les convulsions terminales ; les convulsions sont cloniques.

*Les propriétés pyrétogènes de l'Aconit* indiquent ce médicament dans la diathèse purulente ou pyohémie, dans les fièvres éruptives et, en particulier, dans la rougeole et la scarlatine, dans la bronchite, dans certaines formes pyrétiques de la pleurésie et des hémoptysies. La clinique nous a permis de préciser les cas dans lesquels ce médicament devait être prescrit.

1° *Des indications de l'Aconit dans la diathèse purulente.* — Sous ce nom nous comprenons une maladie quelquefois spontanée mais presque toujours liée aux suites de couches, aux opérations et aux traumatismes. Cette maladie caractérisée par un mouvement fébrile violent, par la dépression des forces, par une gravité considérable, a pour lésions des abcès et des phlegmasies purulentes. L'antiseptie et l'aseptie chirurgicales ont rendu cette maladie très rare. Son traitement comporte deux médicaments principaux : l'aconit et le sulfate de quinine.

L'Aconit doit être prescrit dans deux cas : quand le mouvement fébrile est continu et, pendant le paroxysme, quand il est intermittent, le sulfate de quinine étant prescrit pendant la période de rémission.

L'agitation, l'angoisse, la prostration allant jusqu'au

collapsus, le mélange de chaleur et de frisson, la rougeur et la chaleur de la face, au moins au début de la maladie, ce symptôme de mauvais augure d'une joue rouge et l'autre pâle, la soif, la température élevée, la fréquence du pouls constituent l'indication de l'Aconit dans le mouvement fébrile de la diathèse purulente.

Il y a plus de cinquante ans que la clinique nous a donné la démonstration de l'efficacité de l'aconit dans le traitement de la fièvre puerpérale. J.-P. Tessier, remplaçant Récamier dans son service de l'Hôtel-Dieu, eut plusieurs fois l'occasion de prescrire ce médicament aux femmes en couches. Cette thérapeutique, à côté de beaux succès, nous donna de fréquentes déceptions, parce que nous n'avions pas compris que le sulfate de quinine était nécessaire lorsque le mouvement fébrile était franchement rémittent.

Nous pouvons donc, en nous appuyant sur l'autorité des faits cliniques, regarder comme une erreur l'opinion de Richard Hughes qui rejette l'aconit du traitement de la pyohémie.

*Doses et mode d'administration.* — Dans ces cas, nous prescrivons presque toujours la teinture-mère à la dose de 20 à 40 gouttes dans une potion de 200 grammes. Une cuillérée toutes les deux heures.

2° *Fièvres éruptives, rougeole et scarlatine.* — Il n'est pas besoin d'insister longuement sur les indications de l'aconit dans le traitement de la rougeole. C'est une pratique universellement suivie en homœopathie. La haute thermalité, la soif, l'agitation répondent parfaitement au mouvement fébrile propre à l'aconit. Les plaques érythémateuses produites par l'Aconit sur l'homme sain, le coryza, le larmoiement, l'inflammation du larynx et des

bronches sont des symptômes qui concourent à préciser l'indication de l'Aconit.

L'Aconit cesse d'être indiqué dans les cas où la rougeole ne s'accompagne pas de fièvre ou d'un mouvement fébrile peu intense et non accompagné de soif.

L'Aconit est contre-indiqué quand il existe une disposition aux épistaxis. Dans ces cas, l'Aconit augmente considérablement l'hémorrhagie nasale. Il doit être remplacé promptement par l'ipécacuanha. C'est un fait que nous avons souvent vérifié.

*Doses et mode d'administration.* — C'est habituellement la teinture-mère que nous prescrivons à la dose de 2 à 20 gouttes suivant les âges et l'intensité du mouvement fébrile.

L'Aconit est un médicament très précieux dans le traitement d'une forme de la *scarlatine*; cette forme qu'on a appelée *miliaire ou angineuse* doit, au point de vue thérapeutique, être nettement séparée de la *scarlatine lisse*.

La scarlatine miliaire est une forme habituellement grave présentant l'éruption habituelle de la scarlatine mélangée de granulations miliaires plus ou moins nombreuses, principalement à la face et aux poignets. Dans cette forme, l'angine est pseudo-membraneuse et, dans certaines épidémies, c'est cette affection qui entraîne la mort. Aconit est le médicament principal de la scarlatine miliaire, surtout au début de la maladie. Plus tard il doit être remplacé par les médicaments de l'angine couenneuse.

*Doses et mode d'administration.* — La troisième dilution nous a donné des résultats fort remarquables dans le traitement de l'épidémie que nous avons observée en Poitou.

Certains de nos confrères préfèrent la teinture-mère d'Aconit administrée comme dans la rougeole.

3° *Des indications de l'Aconit dans la bronchite.* — L'aconit est un médicament usuel au début de toutes les bronchites; dans la forme commune, il est indiqué par le mouvement fébrile, la courbature, le mélange de chaleur et de frisson, la soif et la toux sèche. Ce médicament ne doit être continué que pendant quelques jours et bientôt il doit être remplacé par l'Ipéca, la Bryone, la pulsatille ou un autre médicament.

Dans la forme grave de la bronchite, l'Aconit peut encore être très utile tout à fait au début quand le mouvement fébrile est violent et que la température atteint près de 40°. Mais aussitôt que l'auscultation révèle les signes de la broncho-pneumonie il faut remplacer Aconit par Ipéca et Bryone.

Nos expériences sur les animaux ont démontré que l'empoisonnement par l'Aconit ne produisait point de lésions pulmonaires et la clinique a confirmé ce fait en montrant l'inutilité de l'Aconit dans le traitement de la *pneumonie* même au début.

*Doses et mode d'administration.* — Teinture-mère de 10 à 20 gouttes.

4° *Des indications de l'Aconit dans certaines formes pyrétiques de la pleurésie.* — Il y a quelques années l'Aconit était considéré par la plupart des médecins homœopathes comme le médicament principal de la pleurésie. Plus récemment une tendance générale a placé en tête des médicaments de la pleurésie, *la Bryone* et *la Cantharide*.

Mais des faits nouveaux observés depuis quelques années à l'hôpital Saint-Jacques nous ont permis de préciser les indications de l'Aconit dans le traitement de

la pleurésie et de donner à ce médicament sa véritable place.

L'Aconit est indiqué dans les cas de pleurésie où le mouvement fébrile est intense, quand la chaleur oscille entre 39°5 et 40°. A ce moment, nous conseillons de ne tenir compte ni du point de côté, ni de l'épanchement, mais seulement du mouvement fébrile et de prescrire l'Aconit seul, en teinture-mère, à la dose de 20 à 30 gouttes. Sous l'influence de ce médicament, non seulement le mouvement fébrile diminue et disparaît, mais encore le point de côté est détruit et l'épanchement se résoud en sorte que, dans plusieurs cas caractérisés comme nous venons de le dire, l'Aconit a suffi à la guérison totale.

5° *Des indications de l'Aconit dans les hémoptysies fébriles.* — L'Aconit produit l'hémoptysie; Hahnemann l'a noté. Hencke et trois autres expérimentateurs de Vienne ont éprouvé, par l'usage d'Aconit, des hémoptysies sans gravité.

Les médecins homœopathes s'accordent pour prescrire l'Aconit dans le traitement de l'hémoptysie quand les symptômes indiquent une congestion active des poumons ; quand le sang est rouge, écumeux et abondant, avec toux incessante ; quand la face est rouge, les yeux brillants, le pouls plein et dur; ou au contraire, d'après Hartmann, quand le pouls est petit, filiforme avec menace de lipothymie. L'anxiété et l'agitation sont deux symptômes qui confirment l'emploi de l'Aconit.

Nous ne garantissons pas que les lignes qui précèdent expriment des indications positives de l'Aconit; nous ne le nions pas, non plus, ayant toujours dans ces cas employé le millefolium et l'Ipéca.

Richard Hughes conseille, lui aussi, l'Aconit dans le traitement des hémoptysies sans donner des indications bien particulières. C'est à ce propos qu'il dit que l'Aconit remplace la lancette des allopathes. C'est là une métaphore à laquelle nous trouvons deux inconvénients : le premier, c'est qu'il donne une idée fausse de l'action de l'Aconit puisque ce médicament élève la température, est pyrétogène tandis que la saignée l'abaisse. C'est ensuite qu'il consacre une sorte de routine, une pratique vulgaire qui conseille l'Aconit dans les inflammations quelles qu'elles soient.

Une indication que nous donnons comme positive, parce qu'elle a été confirmée par des faits cliniques observés à l'hôpital Saint-Jacques, c'est celle tirée de l'existence du mouvement fébrile.

Toutes les fois que, chez un phtisique, le crachement de sang a été précédé et accompagné d'une élévation d'un degré et demi à deux degrés au-dessus de la normale, l'Aconit a réussi à arrêter les crachements de sang et à faire baisser la température.

Nous avons toujours prescrit, dans ce cas, la teinture-mère à la dose de 20 gouttes par jour.

II. *De l'Aconit dans la goutte et le rhumatisme.* — Bien avant Hahnemann, l'Aconit a été employé dans le traitement du rhumatisme et de la goutte. Storck prétendait que ce médicament avait une action résolutive considérable sur les arthrites goutteuses. Les tophus et les nodosités étaient ramollis et parfois disparaissaient. Ce médiment calmait et enlevait les douleurs atroces des jointures, même quand elles existaient depuis des années. Storck rapporte un grand nombre de guérisons de goutte localisée au pied ou généralisée.

Flemming a beaucoup vanté l'Aconit. Il préconisait ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu, avec sueur et érythème; il affirme que l'Aconit guérit le rhumatisme en cinq ou six jours et met à l'abri des complications cardiaques. Cette citation est empruntée à Richard Hughes.

Nous trouvons que les auteurs qui ont précédé Hahnemann ont beaucoup exagéré l'efficacité de l'Aconit dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu. Nous allons essayer de fixer les symptômes qui indiquent l'Aconit dans le traitement du rhumatisme.

Nous possédons déjà les caractères du mouvement fébrile produit par l'Aconit. Étudions maintenant les symptômes qui se rapportent à l'arthrite.

Hahnemann signale des douleurs dans la plupart des jointures : dans l'articulation sacro-lombaire, dans les articulations des vertèbres du cou, dans l'articulation de l'épaule, cubito-humérale, dans le poignet, dans les articulations des doigts et du pouce, de la hanche, du genou, des pieds et des orteils. Ces douleurs sont tantôt pressives, tantôt lancinantes, souvent *excessives*.

Le résumé d'Hering est plus explicite. Il signale, lui aussi, des douleurs dans toutes les jointures. Ces douleurs sont souvent *intolérables* et s'accompagnent souvent d'un sentiment d'affaiblissement et de *fourmillement*. Les jointures sont gonflées, rouges et luisantes. Les douleurs s'aggravent le soir, la nuit et au moindre contact.

Les indications de l'Aconit dans le traitement du rhumatisme sont assez limitées mais très précises. L'Aconit convient quand le mouvement fébrile est continu, la thermalité considérable, les sueurs profuses; l'anxiété et l'agitation confirmeront le choix de ce médicament.

Les arthrites sont multiples avec gonflement et rougeur luisante des jointures, la douleur très violente.

Nous croyons, comme Flemming, que l'Aconit peut, jusqu'à un certain point, empêcher le développement de l'endocardite. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point particulier.

Dans la goutte, nous ne prescrivons l'Aconit que lorsqu'elle est polyarticulaire et fébrile.

C'est habituellement à la teinture-mère que nous prescrivons l'Aconit dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu.

III. *De l'Aconit dans l'Endocardite.* — Les relations d'empoisonnement sur l'homme et les expérimentations sur les animaux démontrent surabondamment que l'Aconit à petites doses, et dans son action primitive avec les doses fortes, accélère le pouls et augmente la pression artérielle, et qu'à doses toxiques il produit l'asystolie, paralyse le cœur et diminue la pression artérielle.

Mais ces symptômes ne peuvent nous servir pour la thérapeutique de l'endocardite, nous devons chercher seulement les symptômes produits sur le cœur par les doses petites et moyennes.

Richard Hughes dit avec raison que tous les expérimentateurs ont noté les palpitations comme un effet de l'aconit. Hering y ajoute une douleur pressive avec élancement, l'angoisse, l'oppression, les bouffées de chaleur; le pouls est dur, fort, serré, fréquent, il devient irrégulier.

Des expériences instituées sur des lapins, il y a près de vingt-cinq ans, m'avaient permis de constater que l'Aconit à doses toxiques détermine l'inflammation de la

valvule mitrale. J'ai répété, cette année, ces expériences au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques. Les animaux ont été tués par des doses successives d'Aconit continué pendant plusieurs semaines. L'action a donc été lente et progressive. A l'autopsie les valvules mitrales étaient épaissies et leurs bords présentaient une sorte de feston épais et rosé. L'examen histologique a démontré la nature inflammatoire de cette lésion.

L'expérimentation précise donc ainsi l'action de l'aconit sur le cœur : douleur sous-sternale, palpitations, dyspnée, pouls dur et fréquent, quelquefois irrégulier, inflammation aiguë de la valvule mitrale.

Cet ensemble de symptômes et de lésions justifie tout à fait l'emploi que les médecins des deux écoles font de l'Aconit dans le traitement de l'endocardite rhumatismale.

Dans ces cas nous employons encore la teinture-mère à la dose de vingt à trente gouttes.

IV. *Action de l'aconit sur le foie. Son indication dans l'ictère grave.* — C'est J.-P. Tessier qui le premier a nettement distingué l'*ictère grave* des affections qui lui ressemblent. Ses élèves, et en particulier Ozanam, ont décrit les formes et la lésion de cette maladie.

Dès les premiers cas qui se sont présentés à son observation, Tessier a prescrit l'Aconit comme le médicament principal. Quels sont donc dans la pathogénésie, les symptômes et les lésions qui justifient cette indication? L'Aconit ne produit point, au moins jusqu'à présent aucun fait ne le démontre, l'aconit ne produit point l'*atrophie aiguë du foie*, mais il détermine une lésion qui en est le premier degré, c'est-à-dire une congestion

active avec hémorrhagie interstitielle et ramollissement du tissu.

Dans les autopsies pratiquées à la suite de l'empoisonnement par l'aconit, et en particulier dans celle du Dr Meyer, on remarque « foie hypertrophié, lisse à l'extérieur, de couleur brune, presque noire à la partie postérieure, gorgée de sang ». (Imbert-Gourbeyre, *Art. méd.*, 1894).

Chez les animaux empoisonnés, Laborde a signalé les lésions suivantes : « L'aspect extérieur du foie est celui de l'acajou très foncé, ce qui est dû à une infiltration apoplectiforme du tissu par du sang presque noir, formant des plaques ou des noyaux plus ou moins larges. » (Page 377, *Art méd.*, 1894.)

Dans les expériences que nous avons faites au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques, le foie des lapins empoisonnés par l'Aconit était très volumineux, d'une couleur rouge foncé et gorgé de sang.

Dans ses *Fragmenta*, Hahnemann avait déjà noté l'ictère avec les selles blanches et les urines rouges. Il notait en outre des douleurs pressives dans la région du foie. Hering note aussi l'ictère avec les selles couleur d'argile, des urines brunes et l'hématurie.

Les hémorrhagies multiples, la prostration excessive, le délire et jusqu'au mouvement fébrile tout indique encore l'Aconit dans le traitement de l'ictère grave. Ce médicament est indiqué soit quand le mouvement fébrile est intense avec pouls fort et fréquent et haute thermalité, soit qu'arrivé au collapsus le malade présente un pouls ralenti, avec peau froide et faiblesse croissante. Rappelons à ce propos que les doses toxiques produisent un collapsus analogue chez l'homme et chez les animaux.

Tessier a toujours dans ce cas prescrit l'Aconit en teinture-mère à la dose de 1 gramme en vingt-quatre heures.

V. *Des symptômes de névralgie produits par l'aconit chez l'homme sain et de ses indications dans le traitement des névralgies.* — Hahnemann avait déjà signalé la production de névralgies par l'Aconit. Störck et Flemming, qui ont si souvent employé ce médicament, signalent son efficacité dans la plupart des névralgies. Tous les auteurs d'homœopathie, Hering, Richard Hughes, s'accordent pour signaler l'action de l'Aconit principalement sur le nerf trifacial ; et les recueils d'observation, comme les traités de médecine pratique, contiennent un grand nombre de guérisons de névralgies par l'Aconit.

Mais ce n'est pas seulement dans le traitement des névralgies trifaciales que l'Aconit a été employé avec succès. Störck cite 14 observations de guérisons qui comprennent des névralgies intercostales et des névralgies sciatiques. Reinhold rapporte un cas de sciatique guérie par l'Aconit. Tod, Lazon, Oots, rapportent aussi des cas de sciatique guérie par ce médicament. Hufeland rapporte l'observation d'un *tic douloureux* guéri par l'administration de la teinture éthérée d'Aconit à la dose énorme de 5 gouttes quatre fois par jour. Roche, Tournebuld, Flemming, Murray, etc., rapportent de nombreuses observations de névralgies trifaciales et sciatiques guéries par l'Aconit. La plupart de ces médecins s'accordent pour dire que quand l'Aconit guérit, l'amélioration se prononce au bout de cinq ou six jours.

Les symptômes qui indiquent l'Aconit dans le traitement des névralgies sont les suivants : douleur lancinante et brûlante, intolérable, avec gémissements, an-

goisse et agitation. Ces douleurs s'accompagnent de battements dans les artères et, pour le trifacial, de rougeur et de chaleur de la face. Le mouvement, la marche aggravent habituellement les douleurs qui sont quelquefois soulagées par une pression forte ou par une friction énergique.

Les doses sont très variables et on a obtenu de bons résultats par les très fortes doses, comme Hufeland dans le tic douloureux, et aussi par des dilutions 6, 12 et 30e, comme il en existe quelques observations.

A propos des doses d'Aconit, Richard Hughes dit que, quand la similitude est très grande, les dilutions très élevées conviennent le mieux, et quand la similitude est moindre il faut donner des doses pondérables.

Malheureusement, la question n'est pas aussi simple et dans le mouvement fébrile qui demande l'Aconit, la clinique nous a démontré qu'on devait prescrire XX et XXX gouttes de teinture-mère quoique le mouvement fébrile à combattre fut très semblable à celui produit par l'Aconit.

D^r P. JOUSSET.

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

### PATHOGÉNÉSIE DU CHLORAL.

16° CRICHTON BROWNE (*id.*). — E. R..., 30 ans, environ une heure après une dose de chloral, était très coloré et présentait sur tout le corps une rougeur inflammatoire diffuse, ressemblant tellement à une éruption lisse de scarlatine qu'on jugea prudent de l'isoler dans un hôpital de maladie contagieuse. Lorsque les symptômes caracté-

ristiques furent développés, un certain nombre de longues élévations pâles se montrèrent sur les jambes, les épaules et la taille ; quelques autres se produisirent sur d'autres parties du corps par le grattage. En même temps, sensation de brûlures, de piqûres, de roideur et de rudesse sur toute la surface du corps qui en était atteinte avec respiration soufflante, douleur aiguë dans le globe des yeux, céphalalgie et lassitude.

17° Le même. — Mme A..., sujette à des attaques périodiques de manie, entra pour un de ses paroxysmes habituels, le 1er mars 1870 et on lui prescrivit 20 grains (1 gr. 20) de chloral trois fois par jour. Cela lui amena du sommeil et de l'anesthésie cutanée ; en outre, le 4 mars, un résultat inattendu sous forme d'une rougeur brillante, d'aspect érythémateux, ne disparaissent pas par la pression, sur la poitrine et les épaules. Le 6, cette rougeur s'était répandue sur le tronc entier et les membres, et était devenue marbrée de plaques livides et de taches d'un rouge sombre. Les lèvres et la muqueuse de la bouche étaient en même temps devenues rouges et paraissaient ulcérées ; les gencives étaient fongueuses et la langue avait des vésicules et des ulcérations en diverses places. L'haleine était fétide, le pouls à 120, faible et dépressible. Le 11, les symptômes commençaient à diminuer. Le 15, survint une sorte de desquamation générale suivie de la convalescence.

18° Le même. — Une femme de 46 ans, souffrant d'une maladie de cœur, d'une hémiplégie gauche et de démence avec excitation, prit 15 grains (0,90) trois fois par jour du 24 février au 15 mars ; à ce moment, survinrent de nombreuses pustules rouge-pourpre autour du coude

gauche, allant le lendemain en s'élargissant et en se réunissant avec d'autres de l'épaule et de l'avant-bras. Le jour suivant, des taches de pourpre sombre et des décolorations se montrèrent sur les jambes, l'abdomen et le dos, existant à cette dernière place seulement dans une bande de deux pouces de large situées des deux côtés de la colonne vertébrale. Il y avait une grande prostration, tendance au sommeil, faiblesse et irritabilité du pouls, état d'écorchure des lèvres, qui étaient entièrement dénudées de leur épithélium, langue fendillée et couverte d'un enduit épais. Le 19, les taches s'étaient étendues dans toutes les directions ; elles avaient perdu l'éclat de leur teinte, étant devenues d'une couleur pourpre foncé. Les symptômes de congestion pulmonaire apparurent aussi, les forces déclinèrent graduellement et la mort survint le 22, après plusieurs crises de syncope.

19° Ludwig Kirn (*Practitioner*, X, 361). — Il rapporte des cas d'empoisonnement chronique par le chloral. Une dame affaiblie par de longues souffrances, avait des crises de dyspnée violente, allant jusqu'à l'asphyxie ; en même temps, le visage était enflé, les muscles de la face paralysés, avec les signes d'un épanchement du cerveau. Tous les remèdes avaient échoué et la malade paraissait aux portes du tombeau. Le médecin supprima la dose journalière de 45 grains (2 gr. 80) de chloral et les symptômes disparurent d'une façon magique, la respiration devenant normale et les troubles cérébraux cessant. La dyspnée peut s'expliquer anatomiquement par son analogie sur les symptômes du chloral sur la peau et les membranes muqueuses, l'hyperémie des poumons, étant produite par les nerfs vaso-moteurs. Cela confirme l'opinion

que le chloral agit sur le centre vaso-moteur et la moelle allongée et que son influence paralysante s'étend de là aux branches périphériques des nerfs affectés.

Le même auteur rapporte un cas d'empoisonnement du sang produit par le chloral employé chaque nuit à des doses variant de 45 à 75 grains (2 gr. 80 à 4 gr. 80) pendant une période de dix semaines. Personne jeune, forte, de bonne santé antérieure, souffrant de manie simple. Le neuvième jour, développement d'un rash formé de groupes de taches rouges, devenant bientôt confluentes. Le vingtième jour, le pouls et la température montent rapidement à un état fébrile. Trois jours après la température atteignait 106,7 (41,3) la quinine fut administrée a doses fortes et répétées sans aucun effet et les bains n'abaissèrent que temporairement la température, Gonflement œdémateux de la face, des joues, des paupières et des oreilles. Pendant tout le temps de la maladie, la peau ne présenta pas ses conditions naturelles, mais était le siège d'un eczéma, tantôt impétigineux, tantôt humide, tantôt écailleux, d'autrefois d'ichthyose, de sorte que la desquamation dura plusieurs semaines, pendant lesquelles de grandes plaques d'épiderme se détachaient de toutes les parties du corps. Chute des cheveux et successivement de tous les ongles. En même temps, les membranes muqueuses furent atteintes ; d'abord celles des intestins, amenant des diarrhées séreuses, puis celles des conjonctives et des bronches. Dès la sixième semaine, il y eut une série de larges abcès sur les deux bras, au-dessous des épaules, dans l'intérieur des aisselles, qui secrétèrent une grande quantité de pus. Il y eut pendant huit semaines une fièvre continue, rémittente quelquefois.

20° DYCE BROWN (*Monthly Hom. Rev.*, XV, 348). — Un enfant de 8 ans, prit 5 grains (0 gr. 32) trois fois par jour pour la coqueluche. Au bout de quelques jours, une éruption parut sur les bras, les jambes et la figure et ensuite sur tout le corps en larges papules de diverses formes faisant saillie à la surface et d'une couleur rouge foncée. Les conjonctives étaient injectées, la figure avait un aspect gonflé et enflé, surtout au-dessous des yeux. Ces papules devinrent graduellement confluentes, de sorte que toute la peau était dans un état de rougeur diffuse, se rapprochant surtout comme ressemblance de la rougeole. Il y avait une fièvre élevée, de la soif, une langue chargée, la perte de l'appétit, ainsi qu'une irritation de la peau avec démangeaisons, empêchant le sommeil.

21° S.-W. FISHER (*Brit. med. Journ.* 1871, 331). — Une femme vigoureuse, d'âge moyen, prit 25 grains (1 gr. 60) en sirop ; elle fut ensuite atteinte très violemment d'urticaire. Depuis, 10 grains (0 gr. 64) furent donnés sans produire le même résultat.

22° FULLER (*Lancet*, 25 mars 1871). — Le 9 février 1870, J. S..., entra à l'hôpital pour un léger anasarque et de la bronchite compliquant un mal de Bright chronique. Il était agité et nerveux, incapable de dormir ; on lui ordonna 30 grains (1 gr. 90) de chloral en se couchant Bientôt après l'avoir pris, il sautait à bas de son lit, se comprimant le cœur, et se plaignant que le médicament lui produisait une sensation de brûlure. En quelques minutes, il fut pris d'un violent délire ; lorsque celui-ci disparut, il était si déprimé que l'action du cœur ne se produisait qu'avec peine. Le pouls revint graduellement et en quelques heures il fut hors de danger (une théorie

prétendant qu'un état alcalin de l'estomac avait pu convertir le chloral ou chloroforme, on donna plus tard une seconde dose combinée avec un acide et les mêmes résultats se produisirent).

23° LE MÊME. — Une jeune dame en bonne santé, mais agitée et nerveuse prit 30 grains (1 gr. 30) à 10 heures du soir. Environ une heure après, l'excitation disparut, elle s'endormit et dormit lourdement toute la nuit. Le matin dormant encore lourdement et paraissant très pâle, le médecin assistant fut appelé ; il trouva la respiration profondément suspirieuse, pas de pouls au poignet, les extrémités plutôt froides. Il était impossible de la soulever même très légèrement. Les stimulants et la chaleur eurent peu d'effet. Le Dr Fuller la vit à 2 heures après midi et la trouva dans le même état. La peau était sèche, les pupilles dilatées, mais paresseusement contractiles sous l'influence d'une forte lumière ; le pouls à peine perceptible; le cœur battant régulièrement quoique faible (120). Le système musculaire était normal, la possibilité d'avaler intacte. En dépit d'une stimulation énergique, elle mourut à 9 heures le lendemain matin, n'ayant recouvré aucune espèce de connaissance ni remué un muscle depuis le moment où elle s'était endormie (1).

(1) Le Dr Crichton Brown dit que le chloral à dose mortelle paralyse le cœur au moyen des nerfs inhibitoires. Comme le chloroforme, il paraît avoir le pouvoir de diminuer la force naturelle de l'action du cœur et quelquefois d'arrêter ses mouvements. Des faits nombreux montrent qu'il exerce son action au moyen du système sympathique, agissant sur le ganglion cervical inférieur. Il rapporte plusieurs cas dans lesquels les lésions ressemblent absolument à celles causées par le chloroforme.

24° Commission de la Clinical Society. (*Trans. clin. Soc.*, XIII, 117). — a) Une commission chargée par la Clinical Society de faire une enquête sur les effets morbides de l'emploi prolongé et continu du chloral a reçu 70 réponses à 1000 demandes de renseignement; de ce nombre, 29 n'ont pas observé d'effets morbides ; les autres en ont observé. Anémie cérébrale (Fothergill) avec mélancolie et affaiblissement du pouvoir mental ; prostration musculaire, surtout au niveau des jambes, amenant du chancellement et de la faiblesse, aboutissant quelquefois à la paraplégie et considérée comme provenant de la moelle épinière. En outre, on observait quelquefois en même temps des douleurs spéciales, étreignant en ceinture les articulations au-dessus et au-dessous, avec grande sécheresse de la peau (Anstie). Plusieurs observateurs ont noté une affection singulière des doigts, consistant en inflammation érythémateuse, suivie de desquamation de l'épiderme, ulcération superficielle à la racine des ongles, avec grande douleur et sensibilité au toucher (prof. Smith, de Baltimore). La faiblesse cardiaque est indiquée comme suivant dans quelques cas l'usage prolongé du chloral ; de même la congestion du pharynx avec une éruption rouge s'étendant à tout le corps et ressemblant à celle de la scarlatine. D'autres affections de la peau ont été observées, présentant la forme de taches de roséole et de plaques d'érythème, ou de rougeur foncée de la figure et de la tête (Crichton Browne et Kirn) ; des éruptions de pétéchies et de purpura ont pu se montrer (Cholmeley) et même ont pu prendre l'aspect pyohémique avec ulcérations des gencives et grande prostration rappelant tout à fait le scorbut, avec abcès et profondes ulcé-

rations de la peau, pouvant même conduire à une terminaison fatale.

b). *Système nerveux.* — Le D[r] Inglis, du Royal Edimburg asylum, rapporte un cas d'empoisonnement par le chloral, dans lequel 180 grains (11 gr. 50) étaient absorbés chaque jour; après sept ans de tolérance, il s'établit une grande perversion du sens moral, des convulsions épileptiformes, une grande faiblesse d'intelligence, et un affaissement nerveux général, nécessitant l'entrée dans un asile, dans lequel la guérison eut lieu. Le D[r] Woodbury mentionne un cas dans lesquels des doses journalières de 20 à 30 grains (1 gr. 30 à 1 gr. 90) pendant quelques mois amenèrent une attaque violente ressemblant au delirium tremens.

Le D[r] Gaston rapporte l'observation d'une dame qui présenta des symptômes ataxiques avec engourdissements et sensation de brûlure, après l'usage chaque soir de 30 à 40 grains (1 gr. 90 à 2 gr. 50) pendant deux ans. Beaucoup d'autres observateurs rapportent des cas analogues.

c) *Système circulatoire.* — Le D[r] Langdon Down a noté l'affaiblissement du ventricule gauche.

d) *Système digestif.* — Le D[r] Althaus rapporte un cas d'altération de l'appareil digestif avec perte de l'appétit et constipation. Le D[r] Caroll mentionne le cas d'une dame présentant de la sensibilité épigastrique, la langue sèche et brune, des vomissements et de la diarrhée après des doses habituelles de 30 grains (1 gr. 90) pendant deux mois.

e) *Système cutané.* — Le D[r] Thompson mentionne le cas d'un dame de 44 ans qui prit 20 grains (1 gr. 30) pendant trois mois, à la suite desquels on observa une circulation insuffisante des mains avec une ligne d'ulcé-

ration autour de chaque ongle. M. Humphry rapporte un cas de pemphygus produit par le chloral. Le Dr Fothergill note la paralysie périphérique des artérioles avec cyanose des extrémités. Le Dr Langdon Down a observé le danger de production d'érysipèle de la face. Beaucoup d'autres rapportent des éruptions. Le Dr Buzzard et d'autres ont observé le larmoiement et la conjonctivite (1). Le Dr Sharpin rapporte deux cas de démangeaisons désagréables des jambes.

f) *Système urinaire et autres.* — Le Dr Longhurst mentionne un cas dans lequel on a observé de l'irritabilité de la vessie suivie de paralysie temporaire après des doses de 10 à 20 grains (0 gr. 65 à 1 gr. 35) prises pendant plusieurs mois.

25° Dabbs (*Med. Times and Gaz.*, 1870, 435). — Il rapporte les effets de fortes doses données contre une respiration asthmatique à une dame enceinte de plus de sept mois. Elle prit le 28 septembre, à 8 heures du soir, 30 grains (1 gr. 90) ; à minuit, 20 grains (1 gr. 30) ; à minuit et demi, une autre dose. Vers 2 heures du matin, elle se dresse subitement toute droite dans son lit, se plaignant de crampes horribles dans les jambes, d'une sensation de suffocations, de vertiges dans la tête, d'impossibilité absolue de coordiner les mouvements des membres inférieurs. Elle paraît dans un état particulier de connaissance, reconnaissant qu'elle est très malade et insistant

(1) Son emploi habituel est très apte à produire un état congestif des yeux que nous avons observé chez une dame qui prit 10 à 20 grains (0 gr. 65 à 1 gr. 20) chaque jour pendant plusieurs mois. Cet état ne disparut que plusieurs mois après la cessation du remède (Stillé).

pour qu'on aille chercher son médecin. A 4 heures et demie, celui-ci la trouve la tête courbée sur la poitrine, la figure très congestionnée, les paupières closes et un peu difficiles a ouvrir, les conjonctives entièrement injectées. L'odeur du chloral de l'haleine était quelque peu repoussante. Il y avait une légère propension à vomir et elle avait rendu une cuillerée à café de la dernière dose. Le pouls était vif et bondissant, 120, puis diminuant graduellement, de façon qu'à 8 heures du matin, il ne battait plus que 96. On la tire difficilement de son sommeil pour la faire parler et lui faire prendre de la nourriture ; à 4 heures de l'après-midi (29 septembre) elle me dit qu'elle ne se souvenait de rien depuis qu'elle a pris la seconde dose à minuit, mais qu'elle avait eu la sensation d'un repos absolu, dont rien ne pouvait la tirer et qui était tout à fait différent du sommeil. Le seul symptôme dont elle pouvait se souvenir étaient les crampes, qui persistaient encore à un faible degré. Elle disait que ces douleurs horribles dans ses jambes étaient la seule brèche qui existât dans son manque absolu de mémoire.

26° Murphy (*Lancet*, 1873, II, 150, 191). — Une dame, de 45 ans, d'une constitution élégante mais solide, d'une intelligence pénétrante, souffrant d'insomnie et de dyspepsie, avait pris depuis plus de deux ans du chloral jusqu'à 60 à 70 grains (3 gr.80 à 4 gr.60) en vingt-quatre heures. Plus affaissée au moral qu'au physique, incapable de marcher pendant 100 yards (90 mètres) sans tomber d'épuisement complet. Confusion du cerveau, difficulté pour fixer ses idées, perte de la mémoire. Érythème de la tête et du cou, avec aréole sombre bien marquée (plus

intense après l'ingestion, de la plus petite quantité de vin, de bière ou d'alcool), avec palpitations angoissantes, pendant environ deux heures ; l'hyperémie disparaissant en dernier lieu du front en plaques bien définies. Paralysie partielle de l'œsophage avec aversion nerveuse pour les aliments et les boissons, nuisant à sa nutrition. Obscurcissement de la vue avec yeux injectés et larmoiement. Projection marquée des globes des yeux. Sensation de mal de cœur intense (sans vomissement), fréquemment quelques minutes après avoir pris la drogue.

27° Le même. — Un homme de 29 ans, d'un courage remarquable, souffrant d'insomnie par tracas intellectuels, prend du chloral pendant dix-huit mois, répétant la dose une et même deux fois si la première n'a pas suffi. Vie au grand air avec exercice violent. Perte journalière des forces, des nerfs et de la capacité pour le travail. Un matin en se levant perte complète du pouvoir de ses membres inférieurs. La paralysie fut transitoire. Il trouva nécessaire d'augmenter la dose. Quelquefois une forte dose semble tout à fait inefficace ; le sommeil reste agité et sans repos. En s'éveillant, soif intense avec sécheresse de la langue et de la gorge, mal de tête, vertige, nausées, grande sensibilité nerveuse. Rougeur érythémateuse, augmentant sous l'influence de la bière et des liqueurs. Palpitations violentes forçant le patient à s'étendre pendant deux heures à la fois. Prostration complète. Altération des yeux comme à l'observation précédente. Douleurs aiguës errantes dans les membres inférieurs, principalement dans les mollets, survenant pendant plusieurs semaines avant la cessation du chloral. En posant ses pieds sur le sol, le matin, il a parfois une sensation

« comme si les jambes étaient toutes mélangées » dont il ne peut reconnaître une partie d'une autre. Enfin, en se levant un matin, il trouve ses jambes qui s'affaissent subitement sous lui ; il est incapable de se tenir debout ou de marcher et il se remet au lit. Cet état disparaît pendant le jour, mais laisse une grande dépression nerveuse et de la faiblesse, s'accompagnant d'une sensation d'une entière vacuité de l'esprit et de l'impossibilité de concentrer son attention sur quelque chose.

28° RICHARDSON (cité par Stillé). — Les symptômes de l'empoisonnement chronique par le chloral sont : insomnie, excitation cérébrale, prostration musculaire ; incertitude du mouvement avec progression à tomber en avant ; appétit capricieux, nausées, conjonctives injectées et jaunes. L'urine peut être albumineuse ; les intestins sont constipés, les selles pâles et dures. A ces symptômes viennent s'ajouter un état de dépression mentale, d'irrésolution, de mélancolie, que l'on peut craindre se terminer par la folie.

29° LEWIN (*Cycl. of drug path.*). — *a*) d'après Kirns, les troubles des fonctions respiratoires sont excités dans de rares occasions, qui peuvent par une sensation de terreur aller de la brièveté de la respiration à une crise de dyspnée, et même d'asphyxie. Shaw aussi, après environ 1 gramme, a observé la respiration spasmodique, avec irrégularité du cœur. Marsh établit qu'après une dose ordinaire il a trouvé des modifications dans la membrane muqueuse de l'appareil respiratoire, comme montrant l'arrivée d'une bronchite aiguë.

*b*) Parmi d'autres effets accidentels, Curschmann rapporte le gonflement de l'épiglotte et des fausses cordes

vocales, et Reimer l'apparition d'eschare au sacrum, sous l'influence d'une très légère pression externe et l'épiderme restant intact.

Çà et là existent des observations où la jaunisse s'est montrée après l'emploi de cet agent. Même Wernich mentionne le cas d'un ivrogne, chez lequel un ictère rapide apparut après une dose de 4 grammes. Arndt témoigne aussi du même état chez un paralytique après qu'il eut pris le médicament pendant quatorze jours; l'ictère disparut à la cessation de médicament et reparut quand on le reprit.

30° CHAPMAN (*Lancet*, 1871, I, 666). — Mme R..., 24 ans, prit un mélange de chloral, de tolu et d'eau de menthe. Soudainement, gorge douloureuse, gonflement des parotides et des glandes sous-maxillaires, figure bouffie. La figure, les épaules, la poitrine sont d'un rouge intense, faisant penser à la scarlatine ou à une légère atteinte d'érysipèle.

Le médicament fut arrêté; lorsqu'on le reprit, urticaire généralisé de la tête aux pieds, avec douleur de brûlure intense dans les yeux, écoulement continuel d'un liquide semi-opaque, comme produit par l'immense chaleur.

(*La suite au prochain numéro.*) Dr MARC JOUSSET.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 avril. — Traitement des fractures de clavicule par le massage sans immobilisation.* M. Lucas-Championnière présente quatre malades hommes, atteints de fractures de la clavicule, qui ont été traités exclusivement par le massage. Ils n'ont jamais été immobilisés ; on s'est contenté de suspendre le bras pendant quelques jours avec une écharpe, et ils ont été massés dès le premier jour.

Ce qui est remarquable chez ces malades, c'est que la formation du cal s'est produite aussi rapidement que dans une fracture traitée par l'immobilisation. La déformation a été parfaitement corrigée par le massage qui a encore l'avantage de calmer la douleur très promptement et de prévenir les raideurs articulaires de l'épaule que l'on constate si souvent à la suite de l'immobilisation.

*Conférence internationale de Venise.* — M. Brouardel fait une communication très intéressante sur les travaux de la conférence internationale qui s'est réunie à Venise, le 16 février dernier, pour établir les mesures destinées à empêcher l'invasion de l'Europe par la peste. Ces mesures sont de trois sortes.

1° *Mesures à prendre au moment du départ.* — On ne doit laisser monter à bord que des voyageurs bien portants. Tous ceux qui s'embarquent sont d'abord examinés par des docteurs ou des doctoresses. On désinfecte tous les

objets qui ont pu être souillés ou même qui sont simplement salis.

2° *Mesures à prendre en cours de route.* — Les navires doivent avoir à bord des médecins et des étuves pour faire opérer de suite les désinfections nécessaires. Quand les navires traversent le canal de Suez, le détroit de Bab-el-Mandeb ou le golfe Persique, comme la durée de l'inoculation de la peste est de dix jours au maximum, si les navires n'ont pas quitté les Indes depuis au moins dix jours, ils traversent ces passages en quarantaine, s'il n'y a pas eu de malade à bord depuis le départ. Si quelque cas de maladie s'est déclaré, les navires sont isolés, les malades débarqués et le navire est complètement désinfecté. Le navire se trouve en quarantaine jusqu'à ce que dix jours se soient écoulés sans accident depuis la guérison du dernier cas.

3° *Mesures à prendre dans les ports d'arrivée.*— Ces mesures sont également basées sur l'isolement et la désinfection.

*Mesures à prendre sur terre.* — Celles-ci sont calquées sur celles édictées à Dresde contre le choléra, en tenant compte de la durée de l'incubation, dix jours pour la peste au lieu de cinq jours pour le choléra. La conférence a admis que chaque gouvernement pouvait fermer ses routes de terre, et elle a décidé la construction de stations sanitaires au débouché des routes par lesquelles les cadavres schûls entrent en Turquie pour être inhumés dans les lieux saints qui bordent le Chat-el-Arab.

*Discussion sur l'entéro-colite et l'appendicite.* — M. Potain proteste contre l'assertion de M. Reclus qui, à propos des observations d'entéro-colite non suivies d'appendicite,

qu'il a communiquées à M. Dieulafoy, prétend que ces cas ayant été observés à une époque où l'appendicite était inconnue, on ne doit pas en tenir compte. M. Potain affirme que les malades qu'il a vus ont été suivis par lui pendant des années et que s'ils avaient eu des accidents graves tels que ceux décrits autrefois sous le nom de pérityphlite et maintenant d'appendicite, ces accidents ne lui auraient pas échappé. Il ajoute que si les malades atteints d'entéro-colite étaient aussi exposés à l'appendicite que le prétend M. Reclus, il faudrait enlever l'appendice à tous ces malades ce qui serait au moins excessif. Il considère l'appendicite comme une rarissime exception dans l'entéro-colite.

M. Dieulafoy rapporte plusieurs nouveaux cas d'appendicite qui se sont développés chez des malades qui n'avaient pas eu antérieurement d'entéro-colite, et prie M. Reclus de vouloir bien donner quelques détails sur les appendicites que M. Barnduc lui a dit avoir observées souvent à la suite d'une cure à Chatel-Guyon.

*Séance du 13 avril. — Epidémiologie de la peste.* — M. Léon Colin demande à M. Brouardel s'il peut lui donner quelques renseignements au sujet du décès de deux marins morts à Londres de la peste près de quarante jours après leur départ de Bombay et sans qu'aucun cas suspect n'eut été observé pendant la traversée.

M. Brouardel répond que les conclusions d'une enquête rigoureuse tendent à prouver que l'infection résidait dans des effets à usage qui ne furent déballés que lorsque les hommes en eurent besoin à cause du climat froid de la Tamise. Ainsi les germes étaient restés latents pendant la traversée, et lorsque les marins ont revêtu leurs vête-

ments, les germes se sont développés chez eux et ont pu les enlever en quarante-huit heures.

*Le bleu de méthylène dans le traitement des fièvres palustres.* — Le Dr Cardamantis (d'Athènes) a employé le bleu de méthylène dans 240 cas de fièvres intermittentes ou de continus palustres. La dose ordinaire a été de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 par jour, chez l'adulte, en 4 cachets. Dans 192 cas la fièvre n'a pas reparu après le dixième jour, et dans 221 cas passé le douzième jour. M. Laveran, qui fait son rapport sur ces observations, fait remarquer que d'abord les fièvres intermittentes cessent spontanément, puis M. Cardamantis dit qu'il a combiné souvent l'emploi de la quinine à celui du bleu de méthylène, et il n'indique pas le nombre des cas dans lesquels ce traitement mixte a été employé. Il ne faut donc pas prétendre que le bleu de méthylène est un véritable succédané du sulfate de quinine, mais on pourra l'essayer dans les cas de fièvre intermittente simple, lorsque le sulfate de quinine sera contre-indiqué comme chez les femmes enceintes ou chez les enfants qui le prennent difficilement à cause de son amertume.

*Appendicite et entéro-colite.* — M. Reclus dit que la question est de savoir si l'appendicite doit être, oui ou non, comptée parmi les complications de l'entéro-colite. Il fait remarquer que la presque totalité des membres de la Société de chirurgie et un grand nombre de membres de la Société médicale des hôpitaux sont d'avis que oui. M. Potain affirme qu'il n'avait pas méconnu l'existence d'une typhlite, péritonite ou abcès de la fosse iliaque dans les antécédents de ses malades; mais étant donné que bien des malades changent parfois de médecin puis lui revien-

nent, et qu'alors ils se croient obligés de cacher les maladies qu'ils ont eu pendant qu'ils lui étaient infidèles, il lui semble, que, malgré la conscience proverbiale avec laquelle M. Potain examine ses malades, il est impossible de répondre du passé pathologique des 103 malades dont il a rapporté l'observation. D'ailleurs ces 103 entéro-colites sans appendicite pourraient être comparées à une série heureuse de 103 hernies sans étranglement. En outre, l'appendicite présente souvent des formes frustes qui peuvent être prises pour de simples coliques ou pour des indigestions. M. Reclus communique ensuite de nouvelles observations d'appendicites développées à la suite d'entéro-colite qui lui ont été signalées par plusieurs chirurgiens on médecins. Notons en passant que cet accident serait assez fréquent chez les enfants. En terminant, M. Reclus dit qu'il sait que l'entéro-colite peut évoluer sans appendicite, et qu'il peut y avoir des appendicites indépendantes de l'entéro-colite. Les appendicites peuvent être divisées en trois groupes pathogéniques : les appendicites de causes locales, celles de cause générale, et celles de causes intestinales, ces dernières comprenant toutes les entérites, depuis l'entérite catarrhale simple jusqu'à la dysenterie grave des pays chauds.

M. Albert Robin pense que dans un grand nombre de cas l'appendicite et la colite muco-membraneuse sont les manifestations ultimes d'une variété de dyspepsie intestinale et qu'on les évitera par un traitement convenable.

Cette dyspepsie est caractérisée par le désaccord entre l'aspect du malade et la conservation ou l'exagération de son appétit, par des crises gastriques, la distension de l'estomac, l'augmentation de volume du foie, la constipation et l'augmentation de l'acidité du contenu stomacal après repas d'épreuve.

Cette maladie se développe surtout chez les arthritiques. D'après sa statistique, les accidents appendiculaires peuvent s'observer dans 6,71 p. 100 des cas d'entéro-colite muco-membraneuse. Comme traitement préventif de l'appendicite, il faut donc éviter la coprostase au moyen des laxatifs et de massages légers. Le régime a aussi une grande importance ; il faut recommander à ces malades de s'en tenir aux viandes et volailles rôties, hachées menu et lentement mâchées, aux poissons au court bouillon, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits, avec un peu de pain grillé. Comme boisson, l'eau pure ou une eau minérale indifférente. A la fin du repas, une tasse d'infusion très chaude. Le repas fini, le malade devra s'allonger avec un sac d'eau chaude sur l'estomac et rester immobile au moins pendant une demi-heure.

*Séance du 20 avril. — Appendicite et entéro-colite.* Pour M. Glénard, la colite membraneuse est une modalité symptomatique d'une maladie de la nutrition à la phase de ptose viscérale ; cette maladie de la nutrition est entretenue par une viciation fonctionnelle de l'appareil digestif et en particulier du foie ; l'origine de la maladie de nutrition reconnaît pour cause une des causes communes à toutes ces maladies. Parmi ces causes, doit être comprise la ptose primitive, par effort ou traumatisme ; la ptose primitive revêt l'allure de la ptose symptomatique, lorsque, par son évolution non enrayée, elle a provoqué des troubles hépatiques et installé une maladie générale de la nutrition.

De ce que la colite membraneuse s'accompagne parfois soit de sable intestinal, soit de crises d'appendicite, il ne

semble pourtant pas qu'on soit autorisé à admettre une relation de cause à effet, en raison de la fréquence beaucoup plus grande des cas dans lesquels l'appendicite éclate sans avoir été précédée de colite ; en raison des cas dans lesquels, pour la moitié environ, le sable intestinal est excrété sans mucosité ou membrane : c'est à la complexité des moments étiologiques, qu'on peut attribuer la coïncidence lorsqu'elle existe.

Le traitement le plus efficace de l'entéro-colite, celui qui peut le plus vivement écarter les crises, quelle que soit, d'ailleurs, leur véritable nature, est celui qui répond à la quadruple indication de combattre la ptose viscérale et la diminution de tension de l'abdomen ; d'activer les sécrétions hépatiques et intestinales ; d'adapter l'alimentation à l'état fonctionnel des organes ; de combattre l'acidité des humeurs. Un tel traitement, d'abord palliatif, peut, avec le temps, devenir curatif. Il est certainement dans tous les cas prophylactique.

M. Léon Labbé, prend la parole pour réagir contre l'affolement qui s'est produit à la suite des travaux récemment publiés au sujet de l'appendicite. Assurément, les études modernes nous ont donné des notions très précises et extrêmement précieuses sur l'appendicite, mais il ne faut pas que tout le monde s'en croie menacé, comme on pourrait se l'imaginer à la lecture de la discussion actuellement pendante devant l'Académie. Les vieux chirurgiens connaissaient l'appendicite sous les noms de typhlite, de pérityphlite, d'abcès de la fosse iliaque, et de péritonite à frigore. Ce n'est donc pas une maladie nouvelle. Il faut distinguer quatre types d'appendicites : l'appendicite par perforation avec péritonite purulente d'emblée, l'appendicite avec foyer limité dans

la fosse iliaque, l'appendicite plastique sans suppuration appréciable, et enfin l'appendicite à répétition. Pour le Dr Labbé, l'intervention chirurgicale doit être limitée d'une façon précise à l'appendicite à foyer limité. Ici elle donne des résultats admirables. L'intervention chirurgicale, dans les cas d'appendicite chronique à répétition est très intéressante, mais elle est inutile dans les cas que les médecins décrivent sous le nom d'appendicite plastique, et, enfin, elle est tellement désastreuse dans les cas où il y a appendicite par perforation avec suppuration d'emblée du péritoine, qu'on pourrait dire, au point de vue théorique du moins, que l'opération est absolument inutile.

M. Dieulafoy reproche à M. Reclus de n'avoir pas donné suite à l'enquête qu'il lui avait demandée au sujet des prétendues appendicites qui lui ont été communiquées par M. Baraduc, et résume 53 cas nouveaux d'entéro-colites observés chez des adultes ou des enfants et dans lesquels on n'a jamais pu saisir le moindre indice d'appendicite.

*Séance du 7 avril.* — *L'œdème aigu du poumon.* — M. Huchard fait une communication sur un accident qui n'est pas rare dans les affections aortiques, l'œdème aigu et suraigu du poumon. Il en existe trois formes : les deux premières, suraiguës ou foudroyantes, et aiguës avec expectoration caractéristique, la troisième d'emblée bronchoplégique, sans expectoration.

Dans la dernière forme, réellement foudroyante, le début est presque subit et la terminaison extrêmement rapide : en quelques minutes, le malade se réveille en sursaut, saute hors du lit et tombe mort avec une houppe de mousse blanche à la bouche et aux narines.

Dans les formes suraiguë et aiguë, beaucoup plus fréquentes, on observe les phénomènes suivants : tout à coup ou rapidement, dyspnée intense et progressive, angoisse respiratoire extrême, toux quinteuse incessante, véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines et très serrées, envahissant sous l'oreille les deux poumons de la base au sommet ; puis expectoration extrêmement abondante (jusqu'à 1 ou 2 litres en quelques heures) acrée, mousseuse, de nature albumineuse. Souvent, l'expectoration est de coloration rosée, mais elle peut être limpide. A la percussion il y a exagération de la sonorité due à la production concomittante d'un emphysème aigu. La température peut rester stationnaire ou s'élever. Les extrémités sont cyanosées et refroidies, la face et les lèvres violacées ou d'une pâleur livide. La mort n'est pas la terminaison fatale de cet état ; le malade peut résister à plusieurs de ces fluxions œdémateuses, souvent récidivantes à intervalles irréguliers.

D'autrefois on constate assez promptement une chute considérable de la pression artérielle, avec asystolie aiguë et expectoration rare ou même impossible, en raison de l'état bronchoplégique et surtout de l'abaissement considérable de la tension artérielle contrastant avec l'hypertension pulmonaire.

L'étude pathogénique de l'œdème aigu du poumon permet de le rattacher à trois éléments différents :

1° A l'énorme hypertension pulmonaire, avec affaiblissement subit ou rapide de l'organe compensateur, du ventricule droit vaincu par cette hypertension (élément mécanique) ;

2° A des troubles de l'innervation cardio-pulmonaire (élément nerveux) ;

3° A l'imperméabilité rénale très fréquente avec intoxication consécutive de l'organisme (élément toxique);

Que faut-il faire pour combattre ces trois éléments?

Contre l'élément mécanique, une large saignée générale de 300 à 400 grammes est urgente, on pourra ensuite combattre le collapsus cardiaque par les injections de caféine ou d'huile camphrée à 1 quart, qui remplacent avantageusement les injections d'éther.

Pour combattre les troubles de l'innervation cardio-pulmonaire et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme, on peut avoir recours aux injections hypodermiques de strychnine ou à l'électrisation prudente du nerf vague par les courants continus.

Le maintien de la diurèse par le régime lacté exclusif et par la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour combattra de la façon la plus satisfaisante l'intoxication de l'organisme. Il faudra éviter chez ces malades l'atropine et la morphine qui sont très dangereuses, et la médication iodurée ainsi que les vésicatoires.

M. Debove rappelle que l'œdème aigu du poumon s'observait assez souvent autrefois quand on faisait la thoracentèse trop rapidement et, donnant comme exemple la mort de Charcot, dit qu'il n'y a pas lieu d'admettre d'association entre l'œdème pulmonaire et l'angine de poitrine.

M. Brouardel insiste sur la nécessité de bien s'assurer que dans la dyspnée chez un cardiaque on n'a pas affaire à un œdème aigu du poumon qui contre indique absolument l'emploi de la morphine.

M. Huchard affirme bien comme M. Debove qu'il n'y a aucun rapport entre l'angine de poitrine et l'œdème aigu du poumon. Dans le premier cas, il s'agit d'un syndrome se terminant par la mort subite du fait de la syncope ; à

l'autopsie, il n'y a pas d'œdème du poumon. Dans le second, au contraire, il y a toujours lésions de l'aorte et de tout le système artériel, altérations du rein ; le malade meurt asphyxié.

M. Dieulafoy croit que, dans certains cas, les malades atteints d'œdème pulmonaire sont des brightiques plus ou moins latents.

M. Huchard reconnaît que le *primum movens* est bien l'altération rénale, mais il faut autre chose pour déterminer l'explosion de cet accident et cette autre chose est la lésion aortique.

M. Debove ne croit pas comme M. Dieulafoy que l'œdème aigu soit toujours d'origine brightique, puisqu'on peut l'observer dans la thoracentèse ou chez des cardiaques purs.

M. Brouardel a toujours constaté chez les sujets morts subitement d'œdème aigu du poumon, l'existence de lésions rénales et de lésions cardiaques.

M. Huchard fait observer à M. Dieulafoy que l'œdème aigu n'a jamais été observé dans le gros rein blanc, mais au contraire dans le rein artério-scléreux. Donc, attribuer cet état soit au rein seul, soit à l'affection cardiaque seule serait ne considérer qu'une partie du tout. Il y a d'ailleurs des œdèmes aigus de nature hystérique dans lesquels le rein ne peut être incriminé, il faut donc aussi admettre une origine nerveuse et surtout pneumogastrique.

*Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle.* — MM. Linossier et Lannois ont fait une série d'expériences d'où il résulte que l'iode appliqué en badigeonnages est absorbé par la surface cutanée. Cette absorption, minime quand la partie badigeonnée est

abandonnée à l'air libre, devient beaucoup plus active quand elle est hermétiquement enveloppée. Le maximum d'absorption a lieu au début de l'application.

L'altération superficielle de l'épiderme produite par la teinture d'iode, quand elle ne va pas jusqu'à la destruction de la couche cornée, semble plutôt agir comme un obstacle à l'absorption qu'en être la cause favorisante.

Même, dans les conditions les plus favorables, cette absorption est trop irrégulière pour qu'on puisse utiliser les badigeonnages de teinture d'iode en vue d'une médication iodurée générale.

L'iodoforme, l'iodure d'éthyle sont absorbés par la peau même, ce dernier corps en assez grande quantité pour pouvoir être utilisé le cas échéant, en vue d'une médication générale iodurée.

D^r G. Nitter.

---

## SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. De l'appendicite. — II. Ictère urobilinique chronique (durant depuis douze ans) chez un jeune homme de 18 ans.

### I

(*Séance du 19 mars.*) — Plusieurs séances consécutives ont été occupées par différentes communications à propos de l'appendicite ; nous allons les passer successivement en revue, le sujet étant aujourd'hui bien d'actualité et présentant un grand intérêt pratique.

La première communication est de M. Merklen sur l'*appendicite grippale*, qui a servi de point de départ à une discussion sur les indications de l'intervention chirurgicale.

M. Merklen rapporte d'abord qu'il vient d'observer, presqu'en même temps, 3 cas d'appendicite précédés ou accompagnés des phénomènes généraux et des manifestations catarrhales de la grippe. Il rappelle que d'autres observateurs ont signalé des faits analogues : M. Jalaguier a observé des appendicites au cours de la grippe, de la rougeole, de la varicelle et des oreillons ; M. Carron de la Carrière a vu un enfant pris simultanément d'appendicite et d'amygdalite ; un médecin russe, Gobubow, a publié un travail sur l'amygdalite infectieuse et épidémique.

Il est certain que l'on observe à certaines époques un plus grand nombre de cas d'appendicite ; nous dirons même que l'on en observe aujourd'hui beaucoup plus qu'autrefois et qu'on peut admettre, jusqu'à un certain point, l'action des maladies infectieuses telles que la grippe, les fièvres éruptives sur la production de ces affections.

M. Merklen pose ensuite la question de l'intervention chirurgicale et dit que l'on se trouve bien embarrassé « en présence des opinions contradictoires émises par des médecins et des chirurgiens également autorisés, les uns partisans de l'ablation de l'appendice dès la première atteinte, quelque légère qu'elle soit, d'autres considérant que cette opération ne doit être conseillée qu'à la suite de certaines appendicites graves, prolongées ou à rechute. »

Il est difficile de conclure de la forme de l'appendicite qu'on observe si elle s'accompagne de lésions graves. « Tel malade a eu quatre à cinq poussées d'appendicite assez sérieuse : son appendice extirpé ne présente que des lésions folliculaires légères et superficielles. Chez tel autre, une appendicite perforante avec péritonite suraiguë

se produira d'emblée ou succédera à une seule atteinte d'appendicite simple. »

M. Moizard pense qu'il est difficile d'admettre la nécessité de l'intervention après une seule attaque comme le voudraient certains médecins dans la crainte d'une récidive grave, lorsqu'on se rappelle des faits de guérison complète qu'on a observé. Il cite à l'appui de son opinion les deux faits suivants :

Le premier se rapporte à un jeune homme de 25 ans, qu'il a soigné il y a dix ans pour une appendicite des plus graves et qui n'a jamais rien présenté depuis du côté de son intestin.

Le second a pour sujet une jeune fille de 14 ans, qu'il a soignée il y a trois ans pour sa quatrième attaque d'appendicite en moins d'un an. Les deux premières avaient eu plutôt les caractères de crises passagères, de coliques appendiculaires ; la troisième, sans être grave, avait été plus violente et plus prolongée; la quatrième fut très intense. Les accidents enrayés, et bien qu'au bout de quelques semaines l'examen de la fosse iliaque ne faisait constater ni tuméfaction, ni empâtement, M. Moizard conseilla l'opération. La famille ne voulut rien entendre et depuis ce moment la jeune fille n'a jamais souffert du ventre (1).

(1) Parmi les cas d'appendicite assez nombreux que j'ai eu à soigner, il me souvient de deux analogues. Un monsieur de 45 ans, atteint, il y a quatre ans, d'une appendicite très sérieuse, ayant demandé plus de trois semaines pour se résoudre et n'ayant présenté depuis aucune rechute ; une jeune fille traitée à la même époque, ayant présenté des douleurs très aiguës, des vomissements répétés et que j'ai vue, il y a quelques jours; depuis sa crise très violente, elle n'a jamais souffert.

Par contre, on observe aussi assez fréquemment des cas graves, mortels, soit à la première attaque, soit après plusieurs crises antérieures.

Voici la conclusion de M. Moizard que je rapporte en entier car elle me paraît tout à fait admissible.

« Quelle est donc la conduite à suivre? Pour moi, lorsque j'ai eu à traiter *une première* crise d'appendicite chez un malade, dont les antécédents soigneusement fouillés ne me permettent pas d'admettre une crise antérieure, si la convalescence s'établit d'une façon franche, si, au bout de quelques semaines, les douleurs ont disparu complètement, si toute tuméfaction, tout empâtement au niveau de l'appendice, cesse d'être perceptible, si enfin le malade, examiné à différentes reprises pendant les premiers mois qui suivent la crise, ne présente aucun trouble intestinal, aucun retour de douleurs appendiculaires, j'estime qu'une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. Il en est autrement, si la convalescence n'est pas franche, si, sans parler de ces douleurs intestinales, manifestations souvent persistantes de l'entéro-colite qui existe souvent avant l'apparition des lésions appendiculaires et leur survit, le malade continue à souffrir au niveau de l'appendice et à présenter de la douleur à la pression, et un empâtement persistant. Dans ces cas, l'ablation de l'appendice est indiquée, même après une première atteinte. Le médecin doit la conseiller et avertir la famille des dangers de l'abstention.

« L'hésitation n'est plus permise s'il s'agit d'une seconde ou d'une troisième attaque d'appendicite. Le fait que j'ai cité plus haut montre que, dans ces cas, la guérison peut sembler définitive après plusieurs années. Mais des rechutes peuvent se produire à échéance plus éloignée

et, en tout cas, elles sont trop probables, pour que la nécessité de l'ablation de l'appendice ne doive pas être posée en principe. Le médecin doit la conseiller et insister sur les dangers auxquels sont exposés les malades, mettant ainsi sa responsabilité à couvert. Il est bien rare que les familles ou les malades ne suivent pas cet avis, et il y a lieu de s'en féliciter, non seulement parce que le danger, toujours à redouter, d'une récidive qui peut être mortelle, est conjuré, mais encore parce que les ablations d'appendice, pratiquées à froid, constituent actuellement une opération en somme bénigne. »

M. Merklen a suivi la même règle de conduite jusqu'à présent et cependant cette règle présente des exceptions puisqu'il a observé des malades ayant eu une seconde crise d'appendicite grave ou plusieurs crises d'appendicite simple, guéris sans opération par un régime approprié ; et que, au contraire, il a vu un malade mourir d'une seconde crise d'appendicite, alors que sa première atteinte avait été très légère et « ne s'était manifestée que par une tuméfaction peu douloureuse de l'appendice sans vomissements ni fièvre ».

M. Florand ne croit pas qu'on puisse accepter sans restriction l'opinion de M. Moizard, car il a observé deux cas dans lesquels après une première crise terminée spontanément sans laisser de traces une récidive a été mortelle.

D'un autre côté, il signale une autre cause possible d'erreur de diagnostic ; on parle tellement de l'appendicite que des névropathes peuvent être atteints d'appendicites imaginaires, comme il l'a observé chez un malade atteint d'entérite muco-membraneuse.

M. Rendu croit qu'il est quelquefois difficile de se baser sur l'intensité des douleurs pour conclure sur la gravité

des lésions. Il se souvient du fils d'un de ses camarades d'école, guéri d'une crise de typhlite légère ; quelques mois après, il le revoit à peine souffrant, ayant pourtant une légère sensibilité au point d'élection ; mal impressionné par cette douleur persistante, il conseille, par prudence, l'intervention et quelques jours après M. Schwartz résèque un appendice profondément ulcéré.

Pour lui, quand après une première atteinte d'appendicite, il voit des accidents se reproduire, même très bénins, il prévient la famille des dangers possibles et conseille l'opération à froid.

M. Siredey est devenu interventionniste depuis qu'il a vu plusieurs fois les funestes effets de la temporisation.

M. Rendu lit un travail sur *la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques*, montrant que l'hystérie augmentant beaucoup les malaises ressentis par les malades fait croire à des lésions beaucoup plus intenses que celles qui existent en réalité.

La première malade est une fille de 19 ans qui entre à l'hôpital Necker le 7 novembre 1896 pour des douleurs de ventre ayant débuté dix jours auparavant ; elle paraît atteinte d'une péritonite : ventre ballonné, très sensible surtout au niveau de la fosse iliaque droite ; le moindre attouchement provoque des cris ; vomissements incessants de bile et de glaires ; en même temps la santé générale ne paraît pas très altérée, la température est normale ; la malade présente des signes évidents d'hystérie ; le lendemain, l'examen de la fosse iliaque, quoique rendu très difficile par la douleur, fait sentir une sorte d'empâtement circonscrit, allongé obliquement dans la fosse iliaque sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Le toucher vaginal donnant peu de signes, M. Rendu conclut

à une appendicite. Les jours suivants, l'état général s'aggravant ainsi que les douleurs, la malade passe dans le service du Dr Routier, qui, après quelques alternatives de mieux et de moins bien, se dispose à l'opérer le 23 novembre.

Lorsque la femme est sous le sommeil chloroformique, toute induration, tout empâtement de la région iléo-cæcale a disparu, la fosse iliaque est absolument libre; l'utérus étant gros, le col mou et entr'ouvert, M. Routier se borne à un curettage. Les douleurs reparaissent dans la fosse iliaque, au niveau du point de Mac Burney ; les vomissements persistent ; on sent de nouveau de l'empâtement et, le 10 décembre, laparotomie permettant de réséquer un appendice un peu congestionné, mais ne présentant pas d'ulcération et n'ayant donné lieu à aucune péritonite exsudative. Depuis ce moment les douleurs ont disparu, sauf le 28 décembre où, sous l'influence d'une contrariété, tout le cortège symptomatique a reparu (douleurs et vomissements) ; tout cela cède devant la menace de renvoyer la malade. Depuis paralysie hystérique des jambes.

En somme malade atteinte d'une appendicite très légère, ayant présenté des symptômes très violents sous l'influence de son hystérie.

La seconde malade entre pour des troubles dyspeptiques, des douleurs mal localisées ; elle est prise tout d'un coup d'une hématémèse abondante, de douleurs très intenses; elle a les yeux caves, le faciès péritonéal, le pouls petit misérable ; M. Rendu pense à une perforation soit de l'estomac, soit du duodénum ; M. Routier confirme ce diagnostic, hésite à pratiquer la laparatomie tant l'état de la malade lui paraît grave. Il se décide le 16 décembre;

aucune trace de perforation, l'estomac et le duodénum sont absolument sains; pas de péritonite ; en explorant la région cæcale, il trouve un appendice, congestionné et turgide, qu'il résèque. Les suites de l'opération ont été parfaites. En somme l'hystérie de cette malade a fortement exagéré les symptômes observés, et a complètement trompé deux médecins distingués qui ont méconnu la nature vraie des accidents.

M. Brissaud, sous le titre d'*appendicite fantôme*, rapporte l'observation d'une femme qui est entrée dans son service, il y a quatorze mois, pour des accidents assez graves en apparence, et de nature à faire supposer une appendicite. Elle n'a pas été opérée, et pendant l'année qu'elle a passé à l'hôpital, les symptômes qui avaient paru devoir motiver, dès le premier jour, une intervention chirurgicale, se sont reproduits cinq ou six fois; il ne s'agissait pas, d'après M. Brissaud, d'une appendicite à répétition, mais tout simplement d'un ensemble d'accidents hystériques. M. Roux (de Lausanne) a inspiré récemment une thèse sur les fausses rechutes d'appendicite, qui, même après l'opération, paraissent rendre la situation de nouveau menaçante, et qui sont souvent sous la dépendance de l'hystérie.

M. Rendu trouve que rien ne démontre mieux les difficulté du diagnostic de l'appendicite que la communication de M. Brissaud. La malade dont il s'agit est la même que celle qui fut l'objet de la première observation de M. Rendu; pour M. Brissaud, elle ne présentait que des pseudo-appendicites hystériques; pour M. Rendu, c'est une hystérique présentant de vraies coliques appendiculaires; l'opération, en faisant disparaître un appendice altéré, a eu raison des crises.

(*Séance du 26 mars.*) — M. Talamon revient sur la question de l'*appendicite et du péritonisme hystérique* et rapporte à ce propos une observation publiée par le Dr Shrady (de New-York). « Il s'agit d'un médecin qui, à quatre reprises différentes, présente des phénomènes d'appendicite avec tumeur dans la fosse iliaque droite. Chacune de ces rechutes s'accompagnait de symptômes qui faisaient croire à la formation d'un abcès : matité, sensibilité à la pression, rigidité de la paroi, gonflement légèrement œdémateux au voisinage du cæcum. A chaque crise, on agite la question d'une intervention chirurgicale. Le malade se déclarait prêt à en courir les risques, mais, chaque fois, les symptômes s'atténuèrent et disparurent graduellement. Ce médecin, ayant succombé à une maladie intercurrente quelque temps après la quatrième attaque, le Dr Shrady pratiqua l'autopsie, et constata que l'appendice était parfaitement sain ».

M. Talamon a observé trois cas, qui mettent en lumière le rôle trompeur de l'hystérie dans le diagnostic de l'appendicite.

La première observation a trait à une surveillante de l'hôpital Tenon, âgée de 39 ans, prise dans la nuit par une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, douleur s'irradiant dans l'aine et l'abdomen, avec vomissements alimentaires et bilieux incessants; le faciès était celui de la péritonite par perforation et M. Walther, appelé auprès de la malade, conclut à l'intervention dans les vingt-quatre heures s'il n'y a pas d'amélioration. Le lendemain tout s'est modifié, le visage est calme et reposé, les vomissements ont cessé, l'abdomen est souple ; on ne constate aucun empâtement dans la fosse iliaque. Comme un an après, la même malade présenta une crise de colique ap-

pendiculaire légère. M. Talamon conclut que, la première fois, elle avait une appendicite légère et que son état hystérique avait produit tous les symptômes bruyants de péritonite par perforation.

Le deuxième malade de M. Talamon est entré dans son service pour des crises abdominales douloureuses, accompagnées de vomissements répétés ; ces crises « débutent brusquement par une douleur déchirante dans la fosse iliaque droite, qui s'irradie bientôt dans tout le ventre. La douleur est telle que le malade se roule littéralement par terre, se tordant, se pliant en deux, et prenant les positions les plus étranges. Les vomissements surviennent aussitôt, ils sont continuels et se répètent incessamment avec les efforts les plus pénibles ; les matières vomies sont muqueuses, bilieuses, verdâtres, parfois porracées. La crise a une durée variable de quinze ou vingt minutes à deux ou trois heures. » M. Talamon trouva que ces crises ressemblaient surtout à des crises tabétiques gastriques, mais il n'y avait aucun autre signe de tabes. Ces crises ne ressemblaient pas beaucoup à des attaques d'appendicite, cependant M. Talamon remarqua sur le ventre une cicatrice de laparatomie, pratiquée l'année précédente par M. Richelot, parce qu'on avait pensé avoir affaire à une appendicite à rechute.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un enfant pris plusieurs fois à la campagne d'une douleur violente dans le ventre, avec agitation et vomissements répétés ; les médecins avaient parlé de la possibilité d'une opération. De retour à Paris, nouvelle crise observée par M. Talamon : douleur subite vers onze heures, avec étouffements et vomissements, agitation ; le ventre était sensible partout, non ballonné, mais dur et tendu du côté droit. La moindre

pression arrachait des cris. Tout cessait en quelques jours, le lendemain, suggestion que, s'il survient une nouvelle crise, on sera obligé d'ouvrir le ventre, et cessation du retour des accidents.

M. Hayem lit l'observation d'une malade qu'il a observée plusieurs fois, et toujours pour des vomissements répétés, considérés comme des vomissements nerveux, qui persistaient malgré tout espèce de traitement. Le 6 mars, vomissements, ballonnement du ventre, surtout dans la fosse iliaque droite, il y a là un empâtement diffus; l'interne de M. Hayem fait venir un chirurgien qui opère à 9 heures du soir. L'appendice était très altérée. Depuis l'opération, la malade se porte bien et les vomissements paraissent terminés.

MM. Achard et Broca ont fait l'*examen bactériologique* de l'exsudat péritonéal recueilli au moment de l'opération de vingt cas d'appendicite.

| | | |
|---|---|---|
| Colibacille seul. . . . . . . | 7 | (dont 1 avec perforation). |
| — avec streptocoque | 5 | (dont 1 avec perforation). |
| — avec pneumocoq. | 1 | |
| — avec staphyl. bl. | 1 | (avec perforation). |
| — avec streptocoque et staphyloc. . | 1 | |
| — avec saproph. div. | 2 | (avec perforation). |
| Streptoc. et bacille aérogèn. | 1 | |
| Staphylocoque doré. . . . . | 1 | |
| Bacille indéterminé. . . . . | 1 | (avec perforation). |

Les auteurs concluent que le coli bacille est le microorganisme de l'appendicite, qu'il est souvent aidé par d'autres microbes, qu'il peut arriver à masquer à cause de sa grande vitalité.

Il y a lieu cependant de faire remarquer les trois derniers cas du tableau où le coli-bacille brille par son absence ; cela nous montre que, pour les appendicites comme pour les péritonites, les pleurésies, les méningites, etc., plusieurs microbes différents sont capables de produire des lésions identiques ; nous arriverons peut-être un jour à distinguer cliniquement les variétés d'appendicites suivant les microbes qui s'y rencontrent.

M. Le Gendre rapporte l'observation d'une de ses jeunes clientes qui avait présenté de légères poussées d'appendicite avant son mariage, et qui fut prise d'appendicite plus violente dans le cours d'une première et d'une seconde grossesse. Entre les deux grossesses, M. Le Gendre avait proposé sans succès la résection à froid de l'appendice ; au commencement de la seconde grossesse une crise, celle-là beaucoup plus forte que les précédentes, M. Walther et M. Le Gendre décidèrent l'intervention et convinrent d'attendre la fin de la poussée inflammatoire avant d'intervenir, à moins de menace d'abcès. En effet l'amélioration se faisait graduellement, le plastron précæcal s'atténuait, la température étant relativement basse, 37,2 à 37,8, lorsque deux jours avant la date habituelle des époques il survint une poussée, l'empâtement augmenta en étendue et devint douloureux, le faciès se grippa, le thermomètre atteignit 38°. M. Walther, craignant la formation d'un abcès, se tenait prêt à intervenir ; M. Jalaguier, appelé en consultation, pensa que « le molimen menstruel, quoiqu'entravé par l'état de grossesse, avait du provoquer une poussée seulement congestive autour du foyer d'appendicite. » La régression consécutive montra l'exactitude de cette manière de voir, tout rentra progressivement dans le calme et l'interven-

tion à froid, faite huit jours avant l'époque suivante, réussit parfaitement.

Cette observation nous montre :

1° L'aggravation par la grossesse de crises appendiculaires qui, auparavant, avaient toujours été remarquablement bénignes ;

2° La poussée congestive survenue par le fait du molimen menstruel au cours de la régression du foyer de pérityphlite, interrompant cette régression et simulant la formation d'un abcès secondaire, puis diminuant les jours suivants ;

3° La possibilité d'enlever à froid l'appendice entre deux époques menstruelles sans provoquer d'avortement.

M. Le Gendre apporte ensuite sa statistique personnelle roulant sur 25 cas d'appendicite. Ces 25 cas lui paraissent indéniables comme diagnostic ; ils se sont accompagnés de « signes physiques pathognomoniques ou d'élévation thermique » et ne pouvaient aucunement être confondus avec les pseudo-appendicites hystériques de MM. Rendu et Talamon.

*Statistique de vingt-cinq cas d'appendicite.*

| | |
|---|---|
| Non opéré ; mort, péritonite généralisée et broncho-pneumonie ; perforation constatée à l'autopsie. | 1 |
| Opérés d'urgence pour péritonite généralisée, mort. | 2 |
| Opérés à froid et guéris. | 7 |
| Non opérés et guéris. | 15 |

Parmi les 15 malades guéris, un n'a pas eu de rechutes depuis dix ans, après avoir eu une demi-douzaine de crises; d'autres n'ont pas eu de récidives depuis sept ans,

un depuis six ans, un depuis cinq ans, un depuis quatre ans. Les autres sont de plus fraîche date.

Le traitement qu'il recommande se résume dans la formule suivante : diète absolue, immobilité absolue, opium et glace ; il combat absolument l'opinion défendue tout récemment par M. Lucas-Championnière à l'Académie, où il a vanté les effets bienfaisants des purgatifs ; c'est aux purgatifs, au contraire, que Le Gendre attribue tous les accidents.

Nous croyons comme lui qu'on doit s'abstenir des purgatifs tant qu'il y a de la fièvre et des douleurs spontanées, mais au bout de quelques jours, lorsque les douleurs et la fièvre ont disparu, nous nous trouvons bien de donner quelques petites doses de calomel (deux ou trois paquets par jour de 0,20 de la 1re trituratiou décimale). Ce moyen nous a toujours réussi pour ramener les selles sans danger pour nos malades.

(*Séance du 2 avril.*) — M. Moizard lit un travail sur *le diagnostic et le traitement de l'appendicite.* Nous nous occuperons seulement du traitement qu'il conseille.

Au début de toute appendicite, le médecin doit prescrire de l'opium et des applications de glace sur le ventre ; il pourra ainsi dans un certain nombre de cas enrayer les accidents péritonéaux et éviter l'intervention chirurgicale immédiate.

A quoi reconnaître la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate ? Aux accidents de péritonite généralisée rapidement développées (faciès grippé, avec nez pincé, yeux cerclés de noir, voix faible, extrémités froides ou recouvertes de sueurs, pouls fréquent, petit, coïncidant tantôt avec de l'hyperthermie, tantôt avec une

température à peu près normale; ventre ballonné, douloureux dans toute son étendue, avec prédominence dans la fosse iliaque droite); l'opération immédiate est dans ce cas la seule chance de salut.

Il y a lieu aussi d'opérer dans la forme septique, diffuse, de la péritonite appendiculaire, décrite par Jalaguier (faciès pâle plutôt que grippé, pouls fréquent, irrégulier, température basse, ventre ballonné, indolore ou peu douloureux spontanément). Quoique M. Moizard n'ait jamais vu de succès dans cette forme, il croit que l'intervention chirurgicale est la seule chance de salut.

En dehors de ces deux formes le traitement médical doit être appliqué au moins pendant la crise. Voici brièvement ce que conseille M. Moizard, qui se rapproche beaucoup de Le Gendre : 1° *défense absolue des purgatifs* ; 2° repos absolu dans le décubitus dorsal, diète absolue, opium à fortes doses pour immobiliser l'intestin et permettre la localisation des accidents ; glace sur le ventre. (Nous ajouterions à ces prescriptions l'emploi de Bryonia (T. M.) et de belladone (1re trit. déc.) qui nous ont rendu de très grands services ; d'autres médicaments peuvent aussi être indiqués mais les deux précédents sont ceux qui nous ont le mieux réussi.)

M. Moizard lorsque les accidents sont très améliorés conseille la diminution de l'opium, et les lavements laxatifs ou de faibles doses d'huile de ricin (le calomel nous réussit très bien).

Comme alimentation, après deux ou trois jours de diète absolue, du lait coupé d'eau de Vichy, puis des potages au lait ;

Le repos au lit doit être maintenu tant qu'il y a de la douleur à la pression (nous ajouterons tant qu'on trouvera de l'empâtement dans la fosse iliaque).

Une fois la crise guérie, pour faire disparaître la tuméfaction plus ou moins marquée, M. Moizard conseille de petits vésicatoires, des pointes de feu.

Doit-on, après la guérison, provoquer une opération à froid? Oui, s'il y a eu plusieurs atteintes d'appendicite ; non, si c'est la première crise et à condition d'obtenir du malade une hygiène sévère.

(*Séance du 9 avril.*) — M. Revilliod (de Genève) expose à la Société le résultat de ses recherches montrant que dans la pérityphlite (il préfère conserver cette dénomination) les urines du malade, malgré la diète la plus absolue, contiennent un excès d'urée (40, 50, 60 grammes par jour); cette polyurie existe même en l'absence de fièvre. Cette polyurie se montre toutes les fois que les accidents siègent dans le péritoine au niveau de l'intestin, du cæcum, de l'appendice; l'augmentation de l'urée n'existera pas si la lésion siège sous l'aponévrose iliaque, dans le ligament large, ou dans le pelvis. C'est donc un signe diagnostique.

Cette polyurée restera plus ou moins marquée pendant toute la période aiguë de l'affection pour cesser au moment de la convalescence; le chiffre de l'urée descend alors bien au-dessous de la normale; c'est donc aussi un signe pronostique.

M. Talamon, sous le titre de *statistique de* 80 *cas de l'appendicite*, nous donne une étude complète de l'affection, que ses travaux ont contribué à établir. Il insiste surtout sur trois points principaux : les formes cliniques de l'appendicite, la question des récidives et des rechutes, l'utilité du traitement médical et les indications de l'intervention.

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE. — Il divise les appendicites en 5 groupes :

1° Appendicites aiguës avec péritonite diffuse d'emblée (il en a observé 7 cas) ;

2° Appendicites aiguës avec péritonite suppurée localisée (14 cas) ;

3° Appendicites aiguës avec péritonite fibrineuse partielle ou appendicites plastiques (30 cas) ;

4° Appendicites pariétales simples (13 cas) ;

5° Appendicites chroniques à rechute (16 cas).

*Appendicites aiguës avec péritonites diffuses d'emblée.* — 7 cas, 7 morts ; l'opération a eu lieu dans 2 cas. M. Talamon croit que dans ces cas la mort est la règle, que l'intervention chirurgicale est par conséquent inutile. Lors même qu'on aurait pu douter sur la généralisation de la péritonite, il vaudrait mieux attendre, car si la péritonite est limitée on risquerait, en opérant, de la généraliser.

*Appendicites aiguës avec péritonite partielle suppurée.* — 14 cas, 8 opérés, 8 guérisons ; 6 non opérés, 4 guéris après l'ouverture de l'abcès dans l'intestin et l'évacuation du pus par les selles. 1 cas est mort (vieille femme ayant eu quelques semaines auparavant une pneumonie avec parotidite suppurée et amenée à l'hôpital dans un état tel qu'on ne pouvait penser à intervenir ; l'autopsie montra une péritonite purulente avec perforation de l'appendice) ; 1 cas a été vu en province, sa terminaison est douteuse. Cette variété doit donc être opérée autant que possible du treizième au dix-septième jour, c'est-à-dire pendant la période d'accalmie relative qui suit la poussière inflammatoire centrale.

*Appendicites plastiques.* — 30 cas, tous guéris ; 2 seule-

ment ont été opérés : le premier parce que l'appendicite avait déterminé par collapsus d'une anse intestinale des accidents d'occlusion intestinale persistante; le second, à l'occasion d'une recrudescence le vingtième jour.

Il y aurait avantage à pouvoir dès le début distinguer cette forme plastique de la forme suppurée précédente, mais cela paraît impossible à M. Talamon avant le second septénaire. « Le mode de début, les symptômes locaux et généraux sont les mêmes dans les deux cas. Sans doute, la violence des phénomènes initiaux avec une fièvre élevée doit faire prévoir ou soupçonner la suppuration; mais il n'y a là que des signes de présomption. Seule l'étude attentive de la marche de la maladie permet de se prononcer avec quelque certitude vers le septième et le huitième jour, parfois plus tôt, parfois plus tard. »

L'accalmie qui suit, au bout de quelques jours, l'orage du début se produit d'ordinaire plus rapidement dans l'appendicite plastique, soit spontanément, soit le plus souvent sous l'influence d'une application de sangsues. En même temps que la fièvre tombe et que l'état général s'améliore, la tuméfaction se limite et diminue promptement. « Dans les cas d'appendicites plastiques observés par Talamon la résolution complète la plus rapide s'est faite en quatorze jours, la plus lente en deux mois. Ce n'est qu'après la résolution qu'on doit permettre de se lever. »

*Appendicites pariétales.* — 13 cas, 13 guérisons. Voici les signes de cette variété : crise brusque de coliques violentes avec vomissements alimentaires et bilieux ; douleur fixe dans la fosse iliaque droite; tension et contracture du muscle droit à ce niveau; hyperesthésie de la paroi ayant son maximum au point de Mac Burney; fièvre

légère qui disparaît en deux ou trois jours (c'est la simple colique appendiculaire), quelquefois après; détente de la contracture; sensation à la palpation de la fosse iliaque droite d'une petite tumeur ovalaire ou arrondie, formée par l'appendice enflammé (c'est une transition entre l'appendicite pariétale simple et l'appendicite plastique).

*Appendicites chroniques à rechutes.* — C'est une forme spéciale qui siège non seulement sur l'appendice, mais sur le gros intestin, caractérisée par des crises aiguës plus ou moins espacées et par un état de souffrance continu entre les crises. Les crises aiguës sont très variables en intensité, en durée, en fréquence; jamais elles ne donnent lieu à une perforation avec péritonite diffuse.

La période intermédiaire est pénible pour les malades qui souffrent de douleurs abdominales vagues, de ballonnement facile, de digestions difficiles, d'alternatives de constipation et de diarrhée avec selles glaireuses ou muco-membraneuses.

Un seul des malades de Talamon paraît guéri depuis un an sans opération; 3 ont été opérés à froid et sont guéris radicalement.

Récidives, recrudescences, rechutes. — M. Talamon propose des différences entre ces trois termes et il réserve le mot de *rechutes* pour les crises successives de l'appendicite chronique, car pour lui ces crises sont des épisodes d'une maladie en évolution; il appelle *récidives* les crises autonomes, isolées, se reproduisant à intervalles en général assez éloignés chez le même sujet en apparence ou en réalité guéri de la crise antérieure. Le terme de *recrudescence* s'entend de reprises successives qui peuvent survenir au cours d'une même crise appendiculaire incomplètement terminée.

Les rechutes de l'appendicite chronique ne prédisposent pas aux perforations.

Les récidives peuvent causer une péritonite diffuse ou une péritonite purulente, mais cela est relativement rare. Les chances de perforations sont beaucoup plus grandes à une première crise qu'à une seconde.

Les recrudescences, au contraire, peuvent être très graves et devenir le point de départ d'une péritonite par perforation ou d'une péritonite purulente.

Traitement médical. — Comme MM. Le Gendre et Moizard, M. Talamon conseille le repos absolu, la diète absolue ; mais il n'emploie pas l'opium, il se sert seulement de quelques piqûres de morphine si les douleurs sont trop vives. Pour les purgatifs, il est d'un avis opposé aux deux autres médecins, en ce sens qu'il les emploie beaucoup plus tôt qu'eux ; il se sert d'huile de ricin ou de calomel ; il accepte même les purgatifs salins.

Pour lui, les deux tiers des appendicites aiguës guérissent par le traitement médical, un tiers seulement réclame l'intervention chirurgicale. Mais, pour ce troisième tiers, il faut temporiser un peu et employer d'abord les moyens médicaux, car on ne peut savoir au début si la péritonite se limitera ou non et on doit agir comme si elle ne devait pas devenir diffuse et comme si elle ne devait pas suppurer. Cette manière de faire lui paraît n'avoir aucun inconvénient, parce que dans les péritonites diffuses l'intervention précoce ne réussit pas mieux que l'intervention tardive et que dans la péritonite suppurée l'opération réussit mieux lorsque les symptômes aigus sont passés.

Intervention chirurgicale. — Dans les formes aiguës

suppurées l'opération s'impose et le meilleur moment paraît être du douzième au quinzième jour.

« Dans les péritonites aiguës diffuses, les chances de succès sont à peu près nulles. Mais, quand au bout de trois ou quatre jours on est assuré que la péritonite ne rétrocédera pas, nous ne pouvons pas refuser au malade, la médecine était impuissante, la seule chance de salut qui lui reste, si minime qu'elle soit. »

Dans les appendicites plastiques, on en peut accepter l'opération que dans deux cas : 1° quand les phénomènes d'obstruction mettent la vie du malade en danger ce qui est rare; 2° quand au bout de six semaines à deux mois la révolution complète ne se fait pas; il vaut mieux alors réséquer l'appendice que de laisser le malade exposé aux dangers d'une recrudescence.

Dans les appendicites chroniques, on doit conseiller l'opération à froid.

Voici les conclusions résumées de Talamon, qui nous semblent très acceptables :

« Dans l'appendicite perforante suraiguë, le médecin doit *se résigner* à l'opération, les moyens médicaux étant démontrés impuissants ;

« Il doit *imposer* l'opération dans les appendicites suppurées ;

« Il doit la *conseiller* dans les appendicites chroniques à rechutes ;

« Il doit *s'y opposer* dans les appendicites plastiques ou pariétales, sauf dans certains cas exceptionnels ;

« Quant à la résection préventive après une crise appendiculaire, je la *laisse faire*, mais je ne la conseille pas, sauf chez l'enfant dans le cas d'appendicite familiale. »

II

(*Séance du 2 avril*). — M. LE GENDRE présente un jeune malade de 18 ans qui est atteint d'un ictère chronique durant depuis douze ans, caractérisé par la teinte jaune des conjonctives et des téguments, par des urines d'une teinte acajou plus ou moins foncé, des selles colorées. Le foie n'est ni augmenté de volume, ni douloureux à la percussion, la vésicule biliaire n'est pas perceptible. Les urines ne contiennent jamais de pigment biliaire normal la bilirubine, mais de l'urobiline. M. Legendre n'a trouvé dans aucun travail sur le foie l'indication d'un cas semblable.

Dr MARC JOUSSET.

---

## VARIÉTÉS

### GUÉRISON RADICALE DU CANCER ÉPITHÉLIAL PAR UN PROCÉDÉ RENOUVELÉ DU FRÈRE COME.

Les Drs S. Cerny et C. Trunecek (de Prague) viennent de découvrir que l'acide arsénieux employé comme topique guérissait radicalement le cancer épithélial. Bien entendu qu'ils ne comprennent sous cette dénomination que le cancer épithélial de la peau que les anciens appelaient le *Noli me tangere*.

Or ce traitement du cancroïde est traditionnel ; le frère Côme, chirurgien de la Charité, avait donné une formule employée couramment pour la guérison du cancer de la peau, elle contenait :

Acide arsénieux. . . . 1 gr.
Éponge calcinée. . . . 2 —
Cinabre. . . . . . . . . 5 —
Pulvérisez.

Dupuytren donna une formule analogue mais plus faible. Manec, de la Salpêtrière, employait une préparation analogue à celle du frère Côme et avait de très grands succès dans le traitement du cancer de la peau. Dans mon traité de médecine pratique, tout en gardant les proportions d'arsenic indiquées par le frère Côme, j'ai supprimé les ingrédients inutiles et ma formule se résume ainsi :

Arsenic. . . . . . . . . 1 gr.
Amidon pulvérisé. . . . 8 —

J'ai traité et guéri un nombre considérable de cancers épithéliaux par cette méthode pendant mon séjour en Poitou. J'ajoute que j'ai trouvé un certain nombre d'empiriques qui jouissaient de la réputation de guérir le cancer de la face, et qui les guérissaient souvent avec un topique arsenical analogue à celui du frère Côme.

Les médecins de Prague au lieu de faire une poudre, dissolvent l'acide arsénieux dans l'alcool éthylique et l'eau distillée. Et ils appliquent cette solution à l'aide d'un pinceau sur la surface de la tumeur. Ils déterminent ainsi une eschare qu'ils laissent tomber, puis ils touchent de nouveau la surface saignante avec la solution arsenicale.

Le procédé du frère Côme est plus simple et plus pratique. Après avoir avivé la surface cancéreuse, on dépose sur cette surface la poudre arsenicale qui forme alors une sorte de pâte sur laquelle on étale un peu de charpie râpée ; le tout constitue une masse solide et très adhé-

rente; une douleur plus ou moins vive, d'une durée de vingt-quatre heures, suit cette application; puis le travail continue sans qu'il soit besoin d'intervenir et au bout de vingt à vingt-cinq jours, le pansement comprenant l'eschare formé par l'arsenic, tombe de lui-même et laisse une surface cicatrisée.

Les Drs Cerny et Trunecek affirment que l'emploi dé l'arsenic comme topique ne présentent aucun danger. Nous ne sommes pas de leur avis, et quand nous étions interne à la Pitié, dans le service d'Auguste Bérard, nous avons vu une malade succomber à l'empoisonnement arsenical, après l'emploi de ce médicament comme topique. Aussi recommandons-nous, quand l'ulcère cancéreux est très étendu, de ne l'opérer que par petites portions et ne jamais couvrir de pâte arsenicale un espace plus grand qu'une pièce de un franc. Il est juste d'ajouter que la solution employée par les médecins de Prague est beaucoup plus faible que la pâte du frère Côme, puisqu'elle ne contient que 1/80 ou même 1/150 d'arsenic.

Il ne s'agit donc pas ici, comme le disent nos auteurs, « d'une méthode absolument nouvelle et jusqu'à présent ignorée des praticiens », mais plutôt d'un procédé nouveau à appliquer à une médication très ancienne.

Puissent-ils rappeler à nos chirurgiens l'emploi trop délaissé de l'acide arsénieux employé comme topique dans le cancer de la peau.

Dr P. Jousset.

---

## 142e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN

Cette année, le banquet de Hahnemann a été particulièrement brillant et a réuni au restaurant Marguery un plus grand nombre de convives que les années précédentes.

La plus franche cordialité n'a cessé de régner et s'est prolongée bien avant dans la soirée.

De nombreux toasts ont été prononcés ; nous les reproduisons suivant leur ordre.

### Toast de M. le Dr Marc Jousset, président du banquet.

Messieurs,

En vous proposant de boire à la mémoire de notre maître vénéré, il m'est difficile de vous dire des choses nouvelles ; ceux qui m'ont précédé à cette place vous ont montré avec une grande autorité l'influence de Hahnemann sur la thérapeutique ; ils ont loué successivement le savant, le médecin, le travailleur, l'homme lui-même. Je ne puis que les répéter ce soir en vous montrant combien cet homme de génie a bien mérité de l'humanité, lorsqu'il a tiré de l'oubli le *similia similibus curantur* d'Hippocrate pour en faire la base de la thérapeutique moderne ; il a fait plus : en créant la matière médicale expérimentale, il a permis d'appliquer cette formule.

En effet, si nous remontons dans la nuit de la tradition médicale, nous trouvons bien de loin en loin quelques applications heureuses de la loi de similitude, au milieu du gâchis de la thérapeutique galéniste ; seulement ces applications étaient rares, la connaissance de l'action des médicaments n'existant pour ainsi dire pas. Quelques

auteurs avaient bien pu dire : ce qui produit la strangurie guérit la strangurie ; ce qui produit le vomissement guérit le vomissement, mais ces aperçus de la vérité étaient restés lettre morte et n'étaient que de rares exceptions, parce que la matière médicale n'existait pas. La loi de similitude restait dans la tradition, mais elle était stérile.

Ce sera la gloire impérissable de Hahnemann, d'avoir compris la nécessité de la recherche de l'action détaillée des médicaments sur l'homme sain et de nous avoir ainsi, par un travail véritablement gigantesque, fait connaître dans les menus détails les instruments qui nous servent dans la cure des maladies.

Ce sera la gloire impérissable de Hahnemann de ne pas s'être laissé rebuter par ce travail méticuleux et aride; d'avoir su inspirer sa foi et sa persévérance à assez d'expérimentateurs pour établir ces symptômes si pressés et si variés, qui nous permettent de choisir entre plusieurs médicaments à action similaire, celui qui convient le mieux à un cas donné, qui nous permettent d'individualiser, en un mot.

Je considère ce travail de Hahnemann comme son œuvre la plus importante, car, sans la matière médicale, la loi de similitude n'aurait pas pu être appliquée, l'homœopathie n'existerait pas.

L'œuvre de Hahnemann a fructifié encore depuis lui; ses élèves et ses successeurs ont poursuivi les mêmes études et nous voyons encore chaque jour de nouvelles pathogénésies venir enrichir notre arsenal thérapeutique. Les empoisonnements, les expériences sur les animaux viennent aussi corroborer nos recherches et augmenter les

sources où nous puisons pour établir notre matière médicale.

J'irai plus loin; l'influence de Hahnemann s'est fait sentir sur l'école médicale tout entière et il n'existe pas aujourd'hui de matière médicale dans l'école officielle qui ne donne pas l'action des médicaments sur l'homme sain.

Je ne veux pas abuser plus longtemps de votre bienveillante attention et je me bornerai ce soir à ce côté de l'œuvre de notre maître.

Je termine en vous invitant à boire avec moi à la mémoire de Hahnemann, le *fondateur de la matière médicale expérimentale*.

Toast de M. le D[r] Encausse :

Messieurs et chers Confrères,

Permettez-moi tout d'abord de remercier le bureau de la Société française d'Homœopathie du grand honneur qu'il m'a fait en me faisant occuper une place d'honneur, au lieu de la place modeste à laquelle j'avais tout juste droit. Nous venons tous rendre ici justice à l'œuvre et à la personnalité d'Hahnemann auquel nos maîtres ici présents ont joint le nom d'Hippocrate, le père du vitalisme. Permettez-moi, au nom de la Société d'Homœopathie hermétique de France que je représente parmi vous d'y joindre aussi le souvenir de *Paracelse*. C'est sous l'égide de ce redoutable adversaire de Galien que nous fûmes amenés à l'homœopathie que je pratique en faisant appel à toutes les écoles depuis l'homo-homœopathie jusqu'à la grande école classique, car la pratique médicale nous a montré que l'homœopathie est toujours et partout vraie, et doit définitivement vaincre comme toute grande vérité.

En terminant, messieurs et chers confrères, permettez-moi de faire un vœu : vous avez parmi vous la science largement représentée par des maîtres éminents et instruits, l'organisation bien comprise de plusieurs hôpitaux et de nombreuses cliniques ; pourquoi ne pas couronner vos efforts par la création à Paris d'une *Faculté de Médecine homœopathique* qui, bientôt, éclairera l'Europe entière ? Si mes faibles efforts peuvent vous être utiles, je vous les offre de tout cœur et je bois à Hahnemann et à la Faculté homœopathique.

Toast de M. le Dr Léon Simon.

Messieurs,

Permettez-moi d'attirer votre attention sur des personnes dont il n'a pas encore été question, je crois, dans nos banquets, sans doute parce qu'elles nous touchent de trop près et qu'elles sont comme une portion de nous-mêmes ; ce sont nos internes. Boire à nos internes, c'est boire à la prospérité de nos hôpitaux ; c'est boire à la jeunesse : c'est évoquer le souvenir des années d'adolescence, souvenir toujours agréable, qui projette une lueur de gaieté jusque sur les heures les plus sombres du déclin de la vie ; c'est boire enfin à l'avenir de l'homœopathie, que nous souhaitons tous aussi brillant que possible. Voilà déjà bien des années que nos hôpitaux sont des pépinières d'homœopathes et je vois ici plusieurs convives qui ont fait à l'hôpital Saint-Jacques l'apprentissage de notre profession. C'est ainsi que le monde médical se peuple peu à peu de praticiens qui connaissent l'œuvre de Hahnemann autrement que par les plaisanteries dont elle a été l'objet ;

ils ont étudié nos principes dans nos livres, ils ont constaté *de visu* l'efficacité de notre méthode. Grâce à eux nous voyons tomber une à une les barrières qui nous séparent encore en deux camps autrefois si hostiles, et aujourd'hui même des confrères de province, des confrères allopathes des mieux posés, n'ont pas dédaigné de venir s'asseoir à la même table que nous. Ils donnent, par leur présence, un exemple de bonne confraternité dont nous leur sommes très reconnaissants. Je souhaite donc à nos internes tout le bien qu'ils peuvent désirer. Ils peuvent être certains que nous serons toujours heureux de les voir grandir à nos côtés, de les encourager, de les soutenir et d'applaudir à leurs succès.

Toast de M. le Dr Jousset.

A LA JEUNESSE.

Messieurs,

Permettez au plus âgé de vos confrères de porter un toast à la jeunesse, cet âge charmant auquel M. Léon Simon buvait tout à l'heure. Cette jeunesse est notre espoir dans la lutte contre l'allopathie. Comment triomphera-t-elle des obstacles ? Obstacles d'une administration peu bienveillante, obstacles provenant de clients trop souvent oublieux et ingrats, obstacles surtout de confrères injustes et intolérants.

Je lui indiquerai deux moyens à cette jeunesse : une honorabilité professionnelle qui, comme la femme de César, soit au-dessus du soupçon ; un travail acharné.

Pour l'honorabilité professionnelle vous n'avez qu'à

suivre l'exemple de vos devanciers. Toujours les médecins homœopathes ont porté haut l'honneur de la profession et vos sociétés ont impitoyablement chassé de leur sein ces chevaliers d'industrie qui, sous prétexte d'homœopathie, ne songent qu'à faire leur chemin *per fas et nefas*.

Le travail ! Permettez-moi un conseil sur ce point. Nous avons concentré nos efforts à la démonstration de la supériorité scientifique et pratique de l'homœopathie : qui avons-nous convaincu parmi nos adversaires? Personne! parce qu'il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre. Les morts ressusciteraient-ils ne seraient pas convaincus. Quelques uns trouveraient là une coïncidence. Pétroz, Tessier, Simon, et tant d'autres sont morts à la peine. Ne suivez pas la même voie.

La bactériologie, fille légitime de l'homœopathie, est aujourd'hui la reine du monde. C'est là que vous trouverez des armes; que le laboratoire devienne votre champ de bataille. Vous trouverez là des savants qui vous tendront la main et vous considéreront comme des confrères. Vous cesserez d'être des excommuniés et des parias et, à la suite de Pasteur, le vrai continuateur de Hahnemann, vous reprendrez votre place légitime dans le monde médical.

Toast de M. le Dr Conan.

Messieurs,

Je porte un toast à Hahnemann et à l'Homo-Homœopathie, c'est-à-dire, à l'emploi, non seulement, des médicaments homœopathiques mais aussi des agents empruntés à l'organisme lui-même et appliqués d'une façon plus ou moins apparente suivant la loi de similitude.

Cette voie dans laquelle l'Homo-Homœopathie s'est, de nos jours engagée la première, avait été parcourue autrefois, mais, sous une autre forme, par Lutz, le créateur de l'Isopathie, par Stapf, Rau, Héring, Dufresne et tant d'autres. Puis, peu à peu, le silence s'était fait sur l'Isopathie et seule l'Homœopathie traditionnelle poursuivait laborieusement ses succès et la démonstration de notre loi. C'est à cette époque, après les travaux de Pasteur et avant ceux de Brown-Sequard, que l'Homo-Homœopathie a élevé la voix en faveur de l'emploi thérapeutique des produits organiques, voix restée longtemps sans écho surtout dans nos rangs. Bien plus, on a fait la guerre à la doctrine, d'abord en l'attaquant, ensuite en n'en disant rien. En effet, pas un mot, pas une ligne dans ce que j'appellerai le journal officiel de notre compagnie, l'organe qui devrait rendre compte de tous les travaux de notre Ecole, de tous les efforts faits pour le triomphe de la loi des semblables. Mais comme la vérité s'impose, nous avons vu par une évolution lente et sagement progressive, les produits organiques être étudiés, recommandés même sans que jamais, bien entendu, après les attaques du début, le nom de l'Homo-Homœopathie ait été écrit ou prononcé.

Récemment enfin, j'ai eu la satisfaction de lire une lettre de protestation adressée à une grande société savante, dans laquelle quelques-uns de nos confrères revendiquaient légitimement contre un adversaire allopathe leurs droits de priorité dans l'emploi d'une substance organique essayée antérieurement par eux pour un cas de maladie.

Je suis heureux de cette conversion, mais peiné, je ne dis pas, surpris de l'oubli complet et certainement volon-

taire dans lequel on tient l'Homo-Homœopathie qui, au vu et au su de tous, vous a précédés dans cette voie et indiqué la route.

Loin de moi, Messieurs, la pensée d'insister aujourd'hui sur un tel sujet. Laissons-là ces misères les yeux fixés sur Hahnemann, lui, le grand Génie, le grand honnête homme, le grand consciencieux, lui qui plus que nous tous a connu l'injustice et la persécution, et, à ce propos, permettez-moi, Messieurs, d'émettre une proposition que je serais heureux de vous voir adopter. Ne trouvez-vous pas que nous réunir ici tous les ans dans un banquet soit un hommage insuffisant pour la mémoire d'Hahnemann? Vous avez certainement lu l'article de notre confrère le D[r] Cartier sur l'état d'abandon où se trouvait la tombe du Maître? Ne pensez-vous pas que quelques-uns d'entre nous devraient être désignés chaque année pour porter en ce jour sur la tombe d'Hahnemann une couronne en témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration? Je vous soumets ce vœu et c'est par lui que je termine mon toast.

---

# NÉCROLOGIE

## Le Dr Rochet. — Mademoiselle Simon

L'incendie du Bazar de la Charité, cette catastrophe qui a mis en deuil une grande partie des familles parisiennes, n'a pas épargné le corps médical. Les homœopathes ont été cruellement frappés.

Le Dr Rochet, ancien membre de la Société homœopathique de France et de la Société française d'homœopathie y a trouvé la mort à l'âge de 68 ans. C'était un confrère aimable et plein de bonhomie, très attentionné pour ses clients, qui ne laissera que des regrets parmi nous.

Notre confrère, le Dr Léon Simon, a eu le malheur de perdre sa fille, qui avait été aider une de ses amies au bazar; nous lui envoyons au nom du journal l'expression de toute notre sympathie.

M. J.

### *Service commémoratif de la Madeleine.*

Le corps médical de Paris atteint par la perte de deux médecins, les Drs Feulard et Rochet, et de dix parentes de médecins, victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, a fait célébrer la samedi 15 mai à la Madeleine un service commémoratif. La participation de la Société homœopathique à cette cérémonie a été officiellement demandée et chacun de ses membres a reçu une lettre d'invitation.

La Société homœopathique a mis une certaine somme à la disposition des organisateurs de cette manifestation

et la plupart de ses membres se sont fait un devoir d'assister au service commémoratif.

L'assistance était très nombreuse, et cette imposante manifestation a une double signification : la première est l'affirmation de sentiments religieux dans le corps médical de Paris; la seconde est une plus juste appréciation des rapports de confraternité qui doivent exister entre tous les médecins, quelles que soient leurs doctrines.

Il y a trente-cinq ans, à la Madeleine (au mois de mai), nous conduisions le cercueil de notre maître J.-P. Tessier et, de tous ses collègues des hôpitaux, un seul eut le courage de suivre le deuil. J.-P. Tessier avait eu l'écrasant privilège de pressentir la vérité thérapeutique. Sans doute, l'hahnemannisme tel qu'il était en 1862, n'était pas la perfection, mais cependant il contenait les vérités de premier ordre qui s'épanouissent aujourd'hui dans la sérumthérapie et l'opothérapie. J.-P. Tessier eut, pour ses contemporains, le tort de professer des vérités thérapeutiques pour lesquelles ils n'étaient pas mûrs. De là l'intolérance aveugle et les persécutions odieuses dont on abreuva ses dernières années. De là, l'abandon de son cercueil par ses anciens collègues.

La démarche du corps médical de Paris vis-à-vis des médecins homœopathes fait preuve d'un meilleur sentiment. Puisse-t-elle être le signal de la réconciliation, de la tolérance et de la justice. Nul plus que nous ne l'a tant désiré.

D^r^ P. Jousset.

*Le Directeur-Gérant : P. Jousset.*

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

JUIN 1897

## PATHOLOGIE GÉNÉRALE

### A LA MEMOIRE DE JEAN-PAUL TESSIER.

Il y a soixante ans que je suis l'élève de J.-P. Tessier. C'est à lui que je dois ce que je suis en médecine, parce que c'est lui qui m'a enseigné la doctrine générale d'où découlent les connaissances spéciales qui constituent l'art de guérir. Non seulement il a éclairé mon intelligence en y faisant pénétrer les clartés qui naissent de la véritable conception de la nature de l'homme et de la maladie, mais encore il m'a convaincu de la suprématie de la méthode expérimentale; il a fait passer dans mon esprit son horreur des hypothèses; enfin il m'a communiqué et sa passion profonde pour la médecine et son respect pour les malades. Arrivé à la fin de ma carrière, je suis heureux de pouvoir exposer dans les pages qui vont suivre les principes généraux qui servent de base à l'école qu'il a fondée.

Jean-Paul Tessier est vraiment un chef d'école, car il réunit en lui la double auréole d'un enseignement complet et d'une longue suite d'élèves.

Son enseignement a été complet : il a donné la définition de la nature de l'homme, celle de la maladie, celle de la cause; éclairé par les enseignements d'Hippocrate et d'Hahnemann, il a complété son œuvre par la

véritable constitution de la thérapeutique : matière médicale expérimentale et loi d'indications positives.

Ses élèves ! Ils ont été et sont encore nombreux ; ils ont vulgarisé ses enseignements, en appliquant les principes généraux qui constituent sa doctrine à la description des maladies, des symptômes et des lésions.

J'ajoute que, dans ce siècle, qui va bientôt finir, il est le seul médecin qui mérite ce nom de *maître*. Car lui seul a laissé une doctrine définie et complète et une succession d'élèves qui continuent son enseignement. Sans doute Pinel, Broussais, Chomel, Bouillaud, Laennec, Andral, Rostand, Louis ont fait grande figure de leur vivant mais où sont leurs livres, où sont leurs élèves ?

Les médecins un peu au courant de l'histoire de leur art se rappellent les ennuyeuses dissertations philosophiques de Pinel, les formidables colères de Broussais ; ils n'ont point oublié les figures honnêtes et correctes de Chomel, de Bouillaud, d'Andral et de Louis. De Laennec, il ne reste rien comme doctrine ; et personne ne se souvient de ses polémiques contre Broussais ; mais, si la découverte de l'auscultation médiate suffit à son illustration, elle ne peut en faire un maître dans la science

Non, ce n'étaient point des maîtres, car si quelques-uns d'entre eux ont laissé des amis, aucun n'a laissé d'élèves. Quant à leurs livres, ils reposent en paix dans la poussière des bibliothèques que nul ne vient troubler. C'est à peine si les étudiants connaissent leurs noms et j'affirme, toujours en exceptant Laennec, qu'aucun ne les a lus.

Qu'adviendra-t-il de l'école de J.-P. Tessier ? La doctrine de l'union substantielle de l'homme, de l'essentialité des maladies et de la séméiotique qui en découle directement, de la thérapeutique expérimentale et positive est-

elle destinée à durer des siècles comme l'hippocratisme, ou doit-elle être entraînée dans les tourbillons de la médecine nouvelle?

Nous devons espérer la durée d'une doctrine qui est nôtre, mais en dehors de ce sentiment naturel nous avons de fortes raisons pour croire à la durée de notre école.

De ces raisons, nous en retenons deux : la première, c'est que nos doctrines ont leurs racines dans la tradition; elle se réclament d'Hippocrate et d'Aristote et cette ancienneté est une condition de durée.

La seconde raison, c'est que les découvertes nouvelles sont reconnues fausses quand elles sont contradictoires à nos doctrines et, dans les autres cas, elles s'encadrent parfaitement et emboitent le pas avec notre enseignement.

Il y a quelques années, l'école microbienne enseignait que le microbe était la cause prochaine de la maladie, que les maladies étaient de cause externe. Cet enseignement, nous ne pouvions l'accepter; on n'a pas tardé à démontrer sa fausseté. Pour Charrin, le microbe loin d'être un cause prochaine n'est qu'une cause banale. Pour Bouchard, la thérapeutique étiologique est devenue une erreur.

Quant aux conséquences thérapeutiques nées de la bactériologie, elles se réclament toutes de la loi de similitude et la sérumthérapie n'est qu'une application de la thérapeutique de Hahnemann.

J'ajoute que les doctrines que nous allons vous exposer appartiennent à la tradition philosophique et médicale; elles sont le patrimoine de tous ; le mérite de J.-P. Tessier est de les avoir coordonnées et définies; et c'est parce que ces conférences ne sont que le développement de l'enseignement de J.-P. Tessier que je les dédie à sa mémoire.

Ces conférences ont été sténographiées et nous y avons fait très peu de corrections afin de laisser à cette exposition la forme et l'allure de conférences.

D[r] P. Jousset.

---

## Première conférence (1). — *De la nature de l'homme et de la maladie.*

Mesdames, Messieurs, avant de commencer ces conférences, je crois devoir justifier le titre que je leur ai donné : « *Essai d'une doctrine spiritualiste en médecine.* » Malheureusement, pour un grand nombre de personnes et même de médecins, ce titre reste incompris. Beaucoup se demandent à quoi servent les doctrines et quelle est la nécessité d'une solution philosophique pour apprendre à traiter les maladies. Ils ne réfléchissent pas que, si la doctrine philosophique n'a pas d'action immédiate sur le traitement des maladies, elle en a une considérable sur ce qu'on appelle la médecine générale et, comme la médecine pratique n'est que la dépendance et la suite de la médecine générale, il en résulte que la nécessité d'une doctrine s'impose par cela même. Du reste, l'histoire de la médecine le démontre ; de tout temps, les doctrines philosophiques ont dominé, gouverné les doctrines médicales. La médecine grecque s'est inspirée de Pythagore, d'Aristote et de Platon ; au moyen âge, la médecine constituait une faculté dans l'Université : elle était donc directement sous l'inspiration des doctrines philosophiques de la scholastique. Au moment de ce qu'on a appelé la Renaissance, la médecine s'est émancipée des ensei-

(1) Conférence faite à l'Institut catholique.

gnements de l'Eglise. Une partie a tourné au spiritualisme, mais à un spiritualisme bâtard qui néglige le corps, et ne s'occupe que de l'esprit. La plus grande partie est tombée dans le matérialisme. Aujourd'hui c'est le matérialisme qui domine, c'est le matérialisme qui règne, c'est le matérialisme qui enseigne. Pour l'école de Paris, la théorie cellulaire voilà l'Evangile, et Darwin voilà le prophète. Eh bien, je crois que, dans une situation pareille, non seulement c'est une chose utile, mais c'est un devoir d'intervenir.

Il se présentera à votre esprit, je n'en doute pas, une objection : « Mais il y a beaucoup de médecins, dans les hôpitaux, même à la Faculté, qui non seulement sont spiritualistes, mais encore chrétiens; puis nous avons nos écoles libres qui ont été fondées précisément sous l'influence du catholicisme ». J'en conviens. Eh bien toutes ces forces sont perdues. Ces médecins ne font rien parce qu'ils ne peuvent rien faire. D'une part, les écoles libres sont obligées d'envoyer leurs élèves passer les examens devant la Faculté de l'Etat, et d'en subir les programmes; d'autre part, les médecins qui devraient être spiritualistes, et qui le sont, en effet, en dehors de la médecine, trouvent, par une inconséquence incroyable, moyen de réunir ensemble non seulement le spiritualisme, mais le christianisme, avec les doctrines médicales les plus matérialistes; ainsi ils sont catholiques et, en même temps, ils sont organiciens, ils sont pour la doctrine cellulaire; d'autres appartiennent à cette école spiritualiste qui admet une âme intellectuelle et un principe vital, doctrine fausse et incapable de réfuter le matérialisme; en sorte que, quoiqu'il y ait, dans le corps médical, un élément que je respecte, auquel je rends justice, cet élément est inutile,parce qu'il ne possède ni une méthode ni une doctrine.

Maintenant je dois vous dire sur quelle autorité j'appuie mon enseignement car, personnellement, je n'ai aucune autorité. Je pourrais dire avec autant de raison que Piron. « Je ne suis rien, pas même académicien » et je ne le serai jamais. (Rire).

Cependant il est bon quand on fait un enseignement, surtout un enseignement qui n'est pas dans le courant, au contraire, remarquez-le bien, il est bon de s'appuyer sur quelque chose. Eh bien, nous avons des ancêtres dans notre doctrine. Nous remontons à Aristote. C'est bien loin, mais nous avons plus près de nous l'école thomiste, saint Thomas d'Aquin. C'est sur cet enseignement que nous appuyons nos doctrines. Enfin de nos jours, Jean Paul Tessier, médecin des hôpitaux, ami des Dominicains, en rapports constants avec eux, inspiré de leur esprit, assit la doctrine médicale sur les enseignements thomistes, et constitua la médecine générale en donnant la définition de l'homme, la définition de la maladie, la définition de la cause et la définition de la thérapeutique. Ce sont les quatre définitions qui constituent la médecine générale, et justifient notre prétention d'être *une école*.

Ce cours se divisera naturellement en quatre chapitres. Aujourd'hui, je me propose d'exposer devant vous la question de la *nature de l'homme* et celle de la *maladie*, et, lundi prochain, nous traiterons de la *cause* et du *traitement*.

### I. — *De la nature de l'homme*.

Chez les spiritualistes, il y a deux écoles sur la nature de l'homme; il y a donc deux solutions comme je vous le faisais pressentir tout à l'heure : il y a l'école de l'union accidentelle de l'âme avec le corps, l'école de Platon qui enseigne que l'âme est unie au corps comme le nautonnier est uni à sa barque ou comme le cavalier est uni à son cheval : c'est une union accidentelle; puis il y a l'école d'A-

ristote développée et reprise par saint Thomas d'Aquin qui considère l'union de l'âme avec le corps comme une union substantielle. C'est là notre doctrine. Je vais m'efforcer de rendre claires ces questions si ardues et auxquelles nous sommes si peu habitués, et je vous demande toute votre attention.

Qu'est-ce que nous entendons par l'union substantielle de l'âme et du corps? Dans cette doctrine, l'âme saisit la matière, la transforme, la modèle et s'unit de telle sorte avec elle qu'il n'y a plus ni un esprit pur ni un corps sujet aux lois de la physique et de la chimie, mais une substance nouvelle : l'*homme*. Et c'est là ce qui constitue l'unité substantielle, parce qu'il n'y a pas deux substances unies, il n'y en a plus qu'une : l'homme. En un mot, pour me faire comprendre un peu plus, je ne dirai pas que nous sommes ni des animistes ni des matérialistes, nous sommes des *homistes*, si on peut ainsi s'exprimer. Nous croyons que l'homme est constitué par l'union intime, par l'incarnation (ce mot exprime mieux ma pensée) l'incarnation de l'âme dans le corps, et cette pénétration est si intime et si complète que le corps est élevé au-dessus de sa nature propre, par cette union; il résulte encore de cette union substantielle que l'âme est présente à toutes les parties du corps. Cela nous fait sourire quand on nous parle du siège de l'âme. On a pourtant parlé de cela parmi les spiritualistes. Il y en a même qui ont mis l'âme dans la glande pinéale! L'âme ne peut pas avoir de siège, puisque c'est l'âme qui *informe* le corps, qui préside à toutes ses fonctions; elle est présente à tout et partout; l'âme a des facultés triples : elle préside à la vie végétative, c'est-à-dire à la nutrition ; à l'accroissement et aux sécrétions; elle préside à la vie animale, c'est-à-dire à la contractilité, à la sensibilité, à la vie des sens; enfin elle préside à la vie intellectuelle;

et pourtant il n'y a pas trois âmes, il n'y en a qu'une ; il n'y a qu'une âme unie à un corps, et unie de telle manière qu'il n'y a plus qu'une seule substance : l'homme. Voilà, autant que je puis l'expliquer, la doctrine sur la nature de l'homme. Ainsi, aussitôt que l'âme a saisi la cellule, la cellule première qu'on appelle l'ovule, pour faire l'homme, l'homme existe.

Ici je veux ouvrir une parenthèse. Notre doctrine, enseigne qu'il faut respecter même l'embryon. Aujourd'hui, on ne respecte ni le fœtus, ni l'enfant..., on doit respecter même l'embryon. L'embryon est un homme.

L'âme prend donc l'ovule à sa naissance, elle préside à l'accroissement, au développement du corps, et la mort s'explique par la séparation de l'âme et du corps.

Quand le principe animateur, quand l'âme se sépare, qu'est-ce qu'il arrive du corps ? Le corps retourne aux éléments inorganiques.

Il y a un exemple dont on se sert souvent et que je vais vous répéter pour vous faire comprendre encore un peu plus ce que je viens de vous dire : si on met de l'oxygène et de l'hydrogène, en proportions déterminées, dans une éprouvette et qu'on fasse passer une étincelle électrique, ces deux gaz se combinent et il se forme de l'eau. Eh bien, vous avez là un exemple (ce n'est pas une preuve, ce n'est pas une démonstration, c'est un exemple pour faire comprendre) vous avez là un exemple d'une combinaison intime, d'un nouveau produit, d'une nouvelle substance qui n'a plus aucune des propriétés des deux autres : ce corps n'est pas gazeux : c'est de l'eau ; il ne fait pas brûler comme l'oxygène fait brûler ; il ne brûle pas lui-même comme l'hydrogène ; c'est de l'eau, c'est un nouveau corps. Que vous le fassiez chauffer, il se vaporisera, ce sera encore de l'eau ; que vous le fassiez glacer, il deviendra un corps solide, ce sera encore de l'eau, et si vous

le décomposez par un procédé chimique, vous retrouvez l'oxygène et l'hydrogène. C'est un exemple qui a été donné pour faire comprendre l'union de l'âme et du corps.

Mais il y a une autre comparaison que je ne veux pas oublier. Elle vient d'Aristote. Elle est très nette. Cette comparaison, c'est celle du statuaire et de la statue. Le statuaire a une idée : c'est là l'âme; il a l'idée d'un dieu, par exemple; pour représenter cette idée, il prend de la cire, ou il prend de l'or, ou il prend du marbre, ou il prend du bois, et il s'empare de cette substance matérielle, de ce corps, il le modèle, il le sculpte, il incarne son idée dans cette matière. Et alors ce n'est plus du bois, ce n'est plus de l'or, c'est une statue, c'est quelquefois une œuvre d'art. Voilà comment l'idée du statuaire a pénétré, a *animé* le corps matériel, est devenue sa *forme* comme disait la scholastique.

Eh bien, c'est de la même manière que l'âme pénètre et anime la substance matérielle dont elle fait le corps de l'homme. Seulement il y a une différence : c'est que l'âme est beaucoup plus puissante que le statuaire; le statuaire qui prend de l'or, ou du bois, ou du marbre, ne les transforme pas, il leur donne une nouvelle forme, une forme qui exprime son idée, une forme qui constitue la statue, mais la matière même reste ce qu'elle était : or, bois ou marbre; tandis que l'âme transforme les substances inorganiques en substances vivantes.

Il y a encore une comparaison qui me vient naturellement à l'esprit et qui est peut-être encore plus propre à faire comprendre l'union de l'âme et du corps : c'est le langage.

Qu'est-ce que c'est que le langage écrit ou parlé ? Je définis le langage l'*incarnation d'une idée dans un signe*, dans un son si c'est la parole, dans un signe si c'est l'écriture ; et c'est exactement l'image de l'incarnation de l'âme dans le corps. Ainsi, une substance évidemment intellec-

tuelle, une pensée, une idée, s'unit à quelque chose qui est incontestablement matériel comme un signe ou un son, et cette union est tellement définitive, le signe est tellement lié inséparablement à l'idée qu'il est impossible de les séparer. On ne peut penser sans un signe, et, si vous essayez en vous-mêmes, sans parler, sans écrire, de suivre un raisonnement, ce raisonnement, vous le parlez, vous l'écrivez en vous-mêmes; et je vous défie d'avoir une pensée qui ne soit pas représentée par un signe, tant, dans la vie de ce monde, l'union du signe et de l'idée est inséparable. Cela est tellement incontestable qu'on pense dans la langue que l'on parle et qu'on n'arrive à bien parler une langue que lorsqu'on peut penser dans cette langue. Du reste, cette affirmation est tellement vraie que les signes et les idées sont proportionnels. Ainsi, chez les peuples qui sont tombés dans la barbarie, dans l'état sauvage, la langue est pauvre, et la langue est pauvre parce qu'ils possèdent peu d'idées; ces peuples ne possèdent plus qu'un certain nombre d'idées générales, eh bien, ils n'ont qu'un petit nombre de mots.

Le sourd et muet, jusqu'au moment où on lui a appris à parler par signes ou par la parole, n'a qu'un nombre d'idées très restreintes. Un sourd et muet qui n'a pas été élevé est une espèce de brute, un homme sauvage, dangereux, qui n'a aucune espèce d'idées. Il n'a d'idées qu'à la condition d'avoir le signe. Donc la pensée est unie à son signe d'une manière tellement inséparable que l'une ne peut exister sans l'autre.

S'il est vrai que l'homme résulte de l'union substantielle de l'âme et du corps, s'il est vrai qu'il n'y a plus qu'une substance qui est celle de l'homme, la méthode expérimentale, celle à laquelle toujours, par instinct, les médecins reviennent, nous démontrera la vérité ou la fausseté de cette doctrine.

Au moyen âge, la scholastique a exprimé cette idée par une phrase aussi courte qu'elle est claire : « *Passiones et actiones sunt compositi* », c'est-à-dire que les actes comme les souffrances sont du composé ; ils ne sont ni du corps ni de l'âme, ils sont du composé ; et ce composé c'est l'homme. Eh bien, voyons ce que l'expérience nous enseigne sur ce point. Essayons d'abord de trouver un phénomène psychique existant en dehors d'un phénomène matériel ? Vous avez vu tout à l'heure, par l'exemple du langage, que ce n'est pas possible ; que la pensée elle-même est toujours unie à un signe matériel. J'ajoute qu'il est d'observation vulgaire que le fonctionnement de la pensée est absolument lié à l'état du cerveau, qu'il suffit d'une dégradation dans certaines régions cérébrales pour que la pensée s'obscurcisse et s'éteigne. Moins que cela, il suffit d'une souffrance, il suffit d'une mauvaise digestion pour empêcher les facultés intellectuelles de se développer à leur ordinaire, non pas pour les abolir, mais pour les diminuer et les suspendre. Il suffit de l'influence du temps, quelquefois d'un orage, de toute espèce de choses. Nous sommes dans la partie intelligente, dans la partie supérieure, nous sommes soumis à toutes ces influences-là, parce que nous ne sommes pas un esprit, nous sommes un *homme*.

Quant aux phénomènes purement corporels, il semble plus facile de les isoler, et cela n'est pas. Vous connaissez tous les influences du travail intellectuel, du surmenage sur le corps ; mais il y a des expériences physiologiques qui, on le dirait, ont été faites exprès pour nous. Il n'y a pas encore longtemps, il y a quelques mois, on les communiquait à l'Institut. Si on se livre à un travail de tête assidu, si on s'occupe à résoudre, par exemple, un problème de mathématiques ou de philosophie, pendant un certain temps, la pression sanguine vasculaire est chan-

gée, la composition des urines est changée (1); en sorte que, si vous enfermez deux hommes dans un cabinet, dont l'un travaillera et l'autre ne travaillera pas, rien que par l'examen de ses urines vous connaîtrez celui qui a travaillé. Vous voyez là l'influence incontestable du travail intellectuel sur le corps et, par conséquent, la preuve de cette union intime qui fait qu'on ne peut pas toucher à l'un sans toucher à l'autre.

Il en est comme cela dans tous les actes de la vie. Dans la prière, qu'est-ce qui prie ? Il est certain que l'âme prie, que l'intelligence formule les pensées, les désirs, mais est-ce que le corps ne prie pas ? Et qu'est-ce que c'est que la position, les gestes, les larmes, quelquefois le cri ? Ce n'est pas l'âme qui pousse le cri, ce n'est pas le corps qui prie, c'est l'*homme*.

Il en est comme cela pour tout. Je lisais, dans un poète, la description d'un guerrier qui s'élance au sein de la mêlée comme on s'asseoit dans un festin; il décrit les coups foudroyants qu'il porte à droite et à gauche, et il ajoute : « Il semblait que son âme tout entière était passée dans son bras. » Non, il n'y avait ni âme, ni bras : il y avait un homme, il y avait un héros tout simplement. C'est l'homme qui prie, c'est l'homme qui combat, souffre, pleure. C'est toujours l'homme; ce n'est jamais ni l'âme ni le corps.

---

(1) Le travail de la pensée, cet acte purement intellectuel, produit comme l'exercice physique, des troubles de la circulation. Ces effets sont bien différents, suivant que le travail intellectuel est modéré ou intense, court ou long. Il y a d'abord une phase d'excitation caractérisée par une accélération du cœur et de la respiration, et une vaso-constriction réflexe. Puis survient la phase de dépression caractérisée par le ralentissement du cœur et de la respiration, et surtout par une dépression de la pulsation capillaire. (A. Binet et J. Courtier. Communication à l'Académie des sciences. Séance du 28 septembre 1896.)

*Passiones sunt compositi.* Dans les maladies c'est l'homme tout entier qui souffre et non le corps ou l'âme. Dans un temps, il y eut des aliénistes qui ont voulu faire de l'aliénation une maladie de l'âme. Eh bien, il y avait quelque chose de vrai ; car il y a des symptômes psychiques, il y a des symptômes de l'intelligence, comme il y a des symptômes de la digestion, comme il y a des symptômes du cœur; mais il n'y a pas de maladies de l'âme, et la preuve c'est que ces symptômes psychiques, on est peu à peu arrivé à découvrir leur lésion. Ils sont liés à l'existence de la maladie.

Cette doctrine que je viens de vous exposer sur la nature de l'homme s'applique à tous les êtres vivants. J'ai commencé par l'homme, parce que cela me semblait plus clair, plus net, peut-être aurais-je dû commencer par le brin d'herbe. Chez tous les êtres vivants, l'existence est due à l'union d'un principe animateur avec une substance matérielle. Prenons le règne végétal, ce règne qui est le plus humble de tous et qui est le plus indispensable : car sans le règne végétal, les animaux ne pourraient pas vivre. En effet, que fait le règne végétal ? Il transforme en une substance vivante représentée par de l'eau, par de l'albumine, par de la graisse, par du sucre ; il transforme quoi ? des corps absolument inorganiques comme l'oxygène et l'hydrogène, le carbone, l'azote, le fer, le phosphore, le sodium, et j'en oublie, une douzaine de substances inorganiques qui sont transformées par le principe animateur en une substance vivante ; entendez-bien, c'est le végétal qui fait la vie sur la terre, qui, avec les substances inorganiques qu'il transforme, crée des magasins considérables de substances vivantes.

Vous me direz peut-être que les animaux peuvent absorber du sodium, du fer, du phosphate de chaux. C'est vrai ; cela leur est même nécessaire pour certaines fonc-

tions; mais ils ne s'en nourrissent pas, et s'ils n'avaient que cela pour vivre, ils mourraient. Donc le règne végétal a pour but de transformer les corps inorganiques en substance vivante; tandis que les animaux s'emparent de la substance végétale, de la substance vivante créée par les végétaux pour créer la substance animale. Il y a là un phénomène assez intéressant que les savants ont appelé la *circulation de la matière* : Pourquoi ce terme de circulation? c'est que les végétaux prennent les corps inorganiques pour les transformer en substance vivante, en substance organisée, et que les animaux décomposent cette substance pour la rejeter à l'état de substance inorganique; ce qui fait le cercle, ce qui fait la circulation de la matière, ce qui prouve que tout est bien organisé et bien ordonné dans le monde.

Résumons ce que nous avons dit sur les êtres vivants et voyons quels sont les caractères qui leur sont propres. Nous aurons besoin de ces connaissances tout à l'heure pour répondre aux arguments des matérialistes.

Tous les êtres vivants, depuis le brin d'herbe jusqu'au chêne, depuis la monère jusqu'à l'homme, tous les êtres vivants ont les caractères suivants : d'abord, ils naissent (c'est quelque chose, les cailloux ne naissent pas), ils naissent, ils respirent, c'est-à-dire ils échangent l'acide carbonique contre de l'oxygène; ils exhalent l'acide carbonique et ils absorbent l'oxygène. Il ne faut pas vous laisser arrêter par cette difficulté : les plantes vertes, à la grande lumière, font le contraire, c'est-à-dire exhalent l'oxygène et absorbent l'acide carbonique; mais ce n'est pas pour respirer qu'elles font cela, c'est pour se nourrir. Et, quand elles respirent à l'ombre, la nuit, quand elles respirent véritablement, elles exhalent l'acide carbonique comme les animaux.

L'être vivant se nourrit, c'est-à-dire qu'il transforme

en sa propre substance les objets qui l'entourent et qu'il absorbe : la nutrition est une transformation.

Il se reproduit, soit par la formation de bourgeons, soit par scissiparité, par des divisions successives, soit par ovulation. Il meurt, c'est-à-dire que le principe animateur se sépare, et les éléments du corps qui vient de mourir retournent au monde inorganique.

Il y a une autre propriété qu'on n'indique pas habituellement dans les propriétés des êtres vivants et sur laquelle je veux insister. J'en ai passé d'autres, parce que je les trouve peu importants, mais celle dont je vous parle, je la trouve la plus essentielle de toutes : c'est la propriété qu'ont tous les êtres vivants d'être soumis à la loi de l'espèce ; depuis le brin d'herbe jusqu'au chêne, depuis l'animal le plus infime jusqu'à l'homme, tous sont soumis à la loi de l'espèce ; tous sont distincts, aucun ne peut se transformer en un autre, quoi qu'en aient dit les *évolutionnistes*. Ainsi, autre est la chair du lion, autre est la chair du bœuf, autre est la chair du poisson. De même le bois de chêne, ses feuilles, ses racines diffèrent du bois, des feuilles et des racines des autres arbres. Sans doute, il y a des analogies entre les espèces, mais il y a une démarcation absolue. Non seulement ces êtres sont distincts et constituent des espèces, mais ces espèces sont soumises à deux lois : premièrement, elles sont identiques dans le temps et dans l'espace ; secondement, les êtres de même espèce sont féconds entre eux et donnent naissance à des êtres également féconds.

Les espèces sont identiques dans le temps et dans l'espace. Ainsi les graines de plantes qu'on retrouve dans les cités lacustres et dans le tombeau des Pharaons sont les mêmes que nous possédons aujourd'hui ; les ibis sculptés sur les obélisques vivent encore en Egypte.

Les êtres vivants de la même espèce peuvent seuls donner naissance à des produits féconds et cette loi qui a

quelque chose de divin « quid divinum » assure la perpétuité et l'immutabilité de l'espèce.

On a essayé de battre en brèche cette doctrine de toutes manières, et par les théories et par les faits. Ne vous laissez pas prendre à l'exagération, pour ne pas dire autrement, de savants qui sont nos adversaires. Ces savants ont fait des mulets ; mais ou bien ces mulets sont restés inféconds, ou bien, si étant féconds on les a abandonnés à eux-mêmes, ils sont retournés à l'espèce primitive. Par conséquent, les hommes ont pu faire des *êtres accidentels*, entendez-moi bien, mais ils n'ont jamais pu faire une *espèce*, parce qu'il n'y a que Dieu qui le peut. C'est de la durée de l'espèce et de sa conservation que dépend la conservation de l'ordre et de l'harmonie dans la nature.

Maintenant arrivons aux objections matérialistes. Je ne parlerai pas des anciens matérialistes ; je ne vous ferai pas l'histoire des doctrines. Je parlerai des matérialistes de l'heure actuelle. Leurs systèmes se résument dans une doctrine : la *théorie cellulaire*. C'est là l'Evangile ; c'est Wirchow qui en est le grand prêtre, mais Raspail a été son précurseur, je vous en reparlerai tout à l'heure.

Dans la théorie cellulaire, on enseigne que tous les corps vivants sont composés de cellules ; une cellule est elle-même composée d'un ou de plusieurs noyaux, d'une matière cellulaire qu'on appelle protoplasma et d'une enveloppe. Cette cellule a tous les caractères de l'être vivant, tous ceux que je vous ai énumérés tout à l'heure ; elle se nourrit, elle respire, elle se propage par scissiparité ; elle constitue un petit centre vital. Mais, dit Wirchow (et je vais citer textuellement ici). « *La cellule n'a ni esprit recteur, ni archée, ni âme qui la gouverne ; elle ne relève que d'elle-même.* » Cependant, comme il fallait quelque chose pour faire marcher tout cela, Wirchow a accepté la vieille théorie de l'*irritabilité* qui avait été déjà formulée

par Broussais. Pour lui, c'est l'irritabilité qui fait fonctionner toutes les cellules, irritabilité de fonctions, de nutrition, de formation. Entre parenthèse, cette théorie est fort obscure,parce que les trois irritabilités que Wirchow attribue à la cellule et qu'il prétend être différentes sont identiques et peuvent être ramenees à une seule, la nutrition ; mais ce n'est pas là-dessus que je veux faire porter la discussion. Wirchow ajoute : les cellules se groupent comme les états fédératifs et constituent ainsi tous les êtres vivants. Quant à l'origine de la cellule, ah ! c'est bien simple, la cellule vient de la cellule : « *Cellula e cellula.* »

Eh bien, qu'est-ce qu'il y a à objecter à cette théorie? Deux choses : d'abord que la théorie cellulaire n'explique pas du tout la différence des êtres. L'irritabilité, c'est très bien ; est-elle la même dans toutes les cellules ou est-elle différente ? Si elle est la même, il n'y a pas de raison pour qu'il y ait plusieurs corps vivants différents, il ne devrait y en avoir qu'un. Si elle est différente, il fallait nous le dire. C'est ce qu'on n'a jamais fait; il fallait nous dire aussi en quoi consistait cette différence. Quant à la comparaison de l'organisation avec la république fédérative, c'est bon pour les naïfs. Les républiques fédératives ont un lien, elles ont une raison d'être, elles ont un intérêt. Des Etats ne se mettent pas en république fédérative sans qu'ils soient conduits, guidés par quelque chose. Je dis donc que cette théorie de Wirchow pèche en un premier point, parce qu'elle n'explique pas du tout pourquoi les êtres sont différents. Elle ne nous explique pas surtout pourquoi ils sont d'espèces différentes, comme je disais tout à l'heure. Quant à moi, j'aimerais mieux croire qu'une statue comme celle d'Apollon soit sortie des hasards d'une cristallisation que de croire que le monde vivant que je viens de vous décrire, avec toutes ses variétés et sa hiérarchie admirable, soit sorti du hasard de cellules qui se

sont accrochées ensemble, comme autrefois les atomes ! Et quand Raspail dans ses cours à l'école pratique, expoposant bien avant Wirchow la théorie cellulaire, s'écriait : « Archimède demandait un levier et un point d'appui pour soulever le monde, et moi je vous dis donnez-moi une cellule et je vous rendrai le monde ? »

Non, Monsieur le professeur, vous ne nous auriez pas rendu le monde, vous ne nous auriez rendu qu'une cellule, parce qu'avec la cellule il faut un principe animateur qui la gouverne et qui fait les êtres chacun *suivant son espèce.*

Maintenant, l'autre point, l'origine de la cellule, est encore plus important. « *Cellula e cellula!* » voilà tout! et cherchez dans Wirchow, partout, vous ne trouverez pas autre chose. Il s'en moque bien ! Si vous n'êtes pas contents, allez ailleurs ! C'est le mépris de la vérité. Nous ne pouvons pourtant pas répéter que la cellule vient de la cellule, comme le petit enfant dit que l'œuf vient de la poule et que la poule vient de l'œuf, sans penser qu'il y a, au commencement de tout cela, *le moteur immobile* et une poule qui n'est pas venue d'un œuf.

Mais je ne veux pas prendre la question par ce côté-là, je veux la prendre par le côté expérimental, si vous voulez me le permettre.

Supposons que vous preniez un vase, que vous le fermiez hermétiquement avec un bouchon de ouate, que vous le mettiez dans un autoclave à un degré de chaleur convenable, et, pendant un temps suffisant, ce vase sera stérilisé ; et maintenant, vous pourrez le garder pendant des centaines de mille ans, et qu'est-ce qui poussera dedans? Rien, absolument rien. C'est ce que la science a démontré surabondamment, depuis les travaux de Pasteur. Cela n'est pas contestable. Pourquoi ai-je pris cet exemple? C'est qu'il y a eu un moment où la terre était

absolument stérilisée, et c'est Hoeckel, le grand prêtre du matérialisme, qui l'a dit lui-même. « La terre a été en fusion pendant des centaines d'années, elle a donc été à l'état de stérilisation complète. » Or, il y a des êtres, à présent. Il faut donc, si on est décidé à rejeter la création, admettre ou la génération spontanée, ou admettre que la première molécule vivante vient d'un cristal.

La génération spontanée, Hoeckel comprend que c'est une absurdité, et comme ce n'est pas un ignorant, comme c'est un homme au courant, il dit : « C'est vrai, la génération spontanée n'est pas possible aujourd'hui, mais, dans ce temps-là, qui sait? » (*Rires.*) Nous n'y étions pas, mais nous savons que les lois de la chimie et de la physique ne varient jamais, et que ce qui est vrai maintenant, l'était au commencement. Par conséquent, il faut renoncer à la génération spontanée.

Trouverons-nous une ressource dans la métamorphose du cristal inorganique en une molécule vivante? D'abord personne n'a jamais vu ce phénomène. Je m'étonne que ces savants qui s'appellent des *monistiques* (c'est-à-dire qui n'admettent qu'une espèce de corps), n'aient pas pu le démontrer. Bichat avait dit, dans un magnifique langage : Il y a deux classes d'êtres, deux classes de lois, deux classes de sciences; les êtres sont vivants ou inorganiques, les sciences physiologiques ou chimiques, voilà la vérité.

La réfutation de l'opinion des monistiques, je vous l'ai faite d'avance en vous donnant les caractères de tous les êtres vivants : ils se nourrissent... est-ce que les cristaux se nourrissent? Ils peuvent grossir plus ou moins... Mais ils grossissent en agglomérant avec leur propre substance d'autres substances pareilles à la leur; mais il ne transforment pas et précisément la nutrition consiste à transformer... Est-ce qu'il respirent, les cristaux? est-ce que vous pourriez asphyxier un cristal avec de l'oxyde

de carbone ? Est-ce que vous les verrez périr d'inanition ? Est-ce qu'ils se multiplient ? Si les diamants se multipliaient, ce serait commode ! (*Rires.*)

Je crois donc qu'il n'y a pas à hésiter pour condamner absolument la doctrine cellulaire, d'une part parce qu'elle n'explique en aucune façon l'ordre magnifique que nous voyons régner dans la nature et, de l'autre, parce qu'elle ne peut pas expliquer l'origine de la cellule. Elle est obligée d'admettre deux absurdités : ou bien qu'à un certain moment la génération spontanée a pu exister, ce qui est impossible, ce qui est faux ; ou bien qu'un cristal s'est transformé en un être vivant. Non, il n'y a que la doctrine qui croit et qui enseigne que tout le monde vivant est mené par un principe animateur, qui peut rendre compte des phénomènes qu'on y observe. Cet ordre et cette hiérarchie si magnifique des êtres ont été exprimés autrefois par saint Denis, dans un langage que je vous demande la permission de traduire et qui rendra mieux ma pensée.

« Dans l'ordre naturel, dit-il, les êtres sont échelonnés, de telle sorte que l'on remonte de l'un à l'autre par une suite d'anneaux ininterrompue et que ce qu'il y a de plus parfait dans l'être inférieur confine à ce qui est le plus imparfait dans le supérieur, et chaque être contient, outre ses attributs propres, ceux des êtres inférieurs. »

Voilà, messieurs, ce qui exprime parfaitement ce que l'observation nous enseigne sur l'histoire des êtres vivants, et c'est aussi la doctrine que nous vous avons exposée.

## II. *De la maladie.*

Nous passons à l'étude de la maladie. Qu'est-ce que la maladie ? Est-ce un combat de l'organisme contre un principe mauvais qui s'est introduit dans cet organisme ? Est-ce une fonction qui a pour but de chasser les humeurs

malfaisantes? Est-ce une lésion qui développe les symptômes autour d'elle? Est-ce un être? N'est-ce pas plutôt un empoisonnement par les toxines, comme l'enseigne aujourd'hui l'opinion la plus répandue? Qui le sait, et qui le saura jamais ? Si j'avais voulu, j'aurais apporté ici plus de cent définitions de la maladie, toutes contradictoires, et dont aucune n'a jamais pu réunir l'universalité des médecins pendant quelques années. Qu'est-ce donc qu'une science qui ne peut pas définir son objet?

Il faut procéder autrement. Il ne faut pas vouloir définir la maladie par sa nature inconnue, il faut la définir par ses phénomènes. On doit d'abord emprunter à la philosophie générale une idée de la maladie. La maladie, c'est un mal. Qu'est-ce que le mal? Le mal c'est une négation, c'est une absence. Par conséquent, on ne peut pas dire que la maladie soit un être. C'est donc un état, et voilà le premier mot de notre définition: la maladie est *un état*... un état de quoi? Je ne dirai pas un état du corps, après ce que nous avons enseigné tout à l'heure sur la nature de l'homme : c'est un état de l'*être vivant*. Eh bien, si vous entrez dans une salle d'hôpital, vous voyez qu'il y a, au milieu de toutes les souffrances, des maladies, des états déterminés, que ces états ont un nom et un nombre. En effet, il n'y a pas 5 ou 600 maladies, il y en a peut-être 125 ou 130, je ne les ai pas comptées. Il y a donc des états définis qui sont en nombre défini et qui ont un nom, si bien que, quand je dis variole, scarlatine, choléra, tous les médecins savent ce que cela veut dire; comme quand je dis : chêne, roseau, blé, tous les botanistes savent ce que je veux dire. Il y a donc réellement des états définis dont l'homme souffre. C'est ce qui constitue les maladies. Maintenant, voici une autre considération sur laquelle j'appelle toute votre attention; c'est que, quand on étudie ces états définis, on ne tarde pas s'apercevoir qu'ils ont

les caractères de l'*espèce*; je vous ai énuméré, tout à l'heure, les caractères de l'espèce. Eh bien, les maladies qui ne sont que des états, qui ne sont pas des êtres, ont les caractères de l'espèce. C'est peut-être un mystère, mais enfin cela est ; elles ont les caractères de l'espèce. D'abord elles sont irréductibles ; jamais une variole ne devient une scarlatine; jamais un cancer ne devient une tuberculose. L'espèce imprime à toutes les parties de l'animal un caractère particulier, en sorte que l'ongle du lion n'est pas l'ongle des autres animaux. Eh bien, ces maladies dont je vous parle, impriment à leurs symptômes et à leurs lésions des caractères déterminés. C'est tellement connu, tellement vrai, tellement accepté, que c'est sur le caractère imprimé par la maladie aux symptômes et aux lésions que sont fondées deux parties de l'art : le diagnostic et le pronostic. Enfin, comme les animaux, comme les espèces vivantes, les maladies sont identiques dans le temps et dans l'espace. Ainsi, nous retrouvons dans Hippocrate des maladies qui sont parfaitement connues aujourd'hui, comme le choléra, la fièvre typhoïde. Elles ne s'appellent pas ainsi, mais on les reconnaît; de même, la fièvre intermittente, les oreillons. Quant à l'espace, nous savons très bien que, quand le choléra sévit en Amérique, ou dans l'Inde, ou en Europe, c'est toujours la même maladie; la fièvre intermittente est la même partout; les maladies sont les mêmes partout et dans tous les temps.

Nous avons donc les éléments de notre définition : *la maladie est un état de l'être vivant caractérisé par un ensemble de symptômes et de lésions*; *soumis à une évolution déterminée*; *constituant des espèces morbides*. Et j'ajoute, pour être tout à fait exact, que ce sont des espèces par analogie et non des espèces véritables.

Nous voilà donc en possession de la définition de la

maladie, et nous avons tout ce que nous pouvons connaître sur la nature de la maladie. Ainsi la maladie : c'est un état de l'être vivant, qui a le caractère de l'espèce. Sans cela, il n'y aurait pas de médecine possible : partout où il n'y a pas espèce, il y a confusion. En chimie même il y a aussi des espèces, les corps simples. Maintenant il faut répondre à quelques objections.

D'abord les *spécificiens*. Ils ne sont pas très nombreux. Leur doctrine n'est pas solidement établie. Ils enseignent que la maladie est un être. Ce n'est pas un être, puisqu'elle n'a pas d'existence indépendante : personne n'a jamais pu prendre une maladie et la mettre dans sa main. La maladie n'ayant pas d'existence indépendante ne peut pas être un être. On dit : « Les microbes sont des êtres. » Oui, on les prend, on les met sur une plaque, dans du bouillon; on les cultive; ce sont des êtres, c'est bien vrai ; mais ce ne sont pas des maladies. Il est donc facile de répondre aux spécificiens.

Quant aux *organiciens*, cela est plus difficile. Ils sont beaucoup plus nombreux et ce sont les alliés naturels des matérialistes. Ils ont toujours été très puissants. Pour eux, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des lésions. Vous comprenez qu'ils suppriment d'un seul coup beaucoup de choses qui sont d'ordre philosophique. Cette doctrine repose sur la confusion de la maladie, de la cause et de la lésion. Il n'y a plus d'espèce morbide, il n'y a plus que des lésions et des symptômes. Je répondrai à cette doctrine d'une manière assez brève, et cependant, je crois, assez claire. Prenons une lésion, l'inflammation, prenons un seul tissu, la plèvre; vous avez un seul tissu et une seule lésion. Vous devriez avoir une seule pleurésie et au lieu de cela vous avez la pleurésie des rhumatisants, celle des goutteux, celle des opérés et des femmes en couches, celle des tuberculeux, celle des cancéreux :

cinq pleurésies au lieu d'une. Pourquoi cela ? C'est parce que la maladie : goutte, rhumatisme, pyohémie, tuberculose, cancer, gouverne la lésion ; que la lésion est ce que la maladie l'a faite; que par conséquent il est absurde de dire que la lésion est tout puisqu'au contraire elle n'est qu'un produit, un effet de la maladie.

L'idée *maladie* seule peut nous donner l'explication, nous faire comprendre comment, sur un même tissu, les lésions diffèrent, parce que les lésions sont gouvernées par les maladies ; la maladie gouverne sa lésion comme elle gouverne son symptôme, et c'est parce que la maladie gouverne sa lésion que nous avons des pleurésies différentes.

Il y a à répondre encore à une objection qui est plutôt une affaire d'habitude que de raisonnement. On dit très souvent qu'il y a des maladies locales et des maladies générales, on appelle maladies locales, par exemple, un cancer du sein, maladie générale une fièvre typhoïde. Nous répondrons : *Il n'y a point de maladies locales, il n'y a que des maladies localisées.* La solution de cette difficulté, se trouve dans cette formule, et j'espère vous le faire comprendre. Prenez pour exemple un cancer du sein. Voilà, dites-vous, un type de maladie locale; eh! bien, non, un cancer du sein n'existe que sur une cancéreuse. La preuve, c'est que si vous enlevez ce cancer, il se reproduira sur place ou sur un autre organe, et si vous ne l'enlevez pas, il se multipliera et la malade mourra dans la cachexie. Oui, la femme qui porte un cancer du sein est malade dans toute sa substance. Sa mère était peut-être cancéreuse, sa fille peut le devenir. Le cancer du sein n'est pas une maladie locale, c'est une maladie localisée.

De même pour les phlegmasies locales comme pour la pleurésie. Ce sont des maladies qui se localisent. C'est la

tuberculose qui se localise dans la plèvre, c'est la tuberculose qui se localise dans le péritoine.

Il y a une autre objection, un argument plutôt, qui est en faveur de l'organicisme. Cet argument consiste à dire que les maladies sont locales avant d'être générales. Dans le laboratoire, oui. Il est bien sûr que, si vous inoculez la tuberculose à un animal, d'abord le tubercule est local pendant un certain temps; il gagne de proche en proche; il arrive aux ganglions, enfin il se généralise; mais ce n'est pas ce qui arrive dans la clinique, ce n'est pas ce qu'on observe dans la marche habituelle des maladies. C'est par des procédés de laboratoire qu'on arrive à avoir des maladies qui sont d'abord locales avant d'être générales. Quant à ce qu'on a voulu dire qu'il y avait des maladies locales avant d'être générales (et je rappelle, à ce propos, la diphtérie), c'est une erreur grossière. Je prends cet exemple parce qu'on peut le citer devant tout le monde. Il y en a d'autres que je n'ai pas besoin de citer, comme la syphilis. On a dit: La diphtérie est d'abord locale: c'est pourquoi il faut enlever la fausse membrane et la détruire; par cette manœuvre vous empêchez la maladie de se généraliser et vous empêchez le croup. C'est une profonde erreur. D'abord, quand les fausses membranes se manifestent, le malade est malade au moins depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures. Par conséquent, ce n'est pas la fausse membrane qui le rend malade, c'est la maladie qui produit la fausse membrane. Cette erreur a été déplorable, parce qu'elle a engendré des pratiques barbares. Combien j'ai vu de malheureux enfants à qui on faisait ouvrir la bouche pour leur nettoyer la gorge presque toutes les deux heures, les mettant dans un état de crise et de convulsion avec ces manœuvres inspirées par une doctrine erronée. C'est une pratique cruelle et le sérum de Roux a démontré qu'elle tenait à une conception

fausse de la maladie, puisque ce sérum fait résorber ou excréter les fausses membranes, sans qu'on ait la peine de les détacher.

Messieurs, Mesdames, lundi prochain, nous aurons à faire devant vous l'étude de la cause..., non pas des causes mais de la vraie cause de la maladie, et nous aurons, à ce propos-là, à discuter la doctrine microbienne qui a pris une grande importance dans ces derniers temps et qui a fourni à la médecine une source nouvelle de connaissance positive. (*Applaudissements.*)

Dr P. Jousset.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

*Sérum de Maragliano et nouveau sérum de Koch.*

Le Dr Devay, médecin à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu (de Lyon), vient de publier une observation de tuberculose pulmonaire aiguë traitée par le sérum de Maragliano (*Echo médical de Lyon*, n° 4, 1897).

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, sans antécédent héréditaire, et dont la maladie débuta au milieu de novembre 1896 : toux quinteuse, hémoptysie au début, fièvre rémittente irrégulière qui s'accentue à partir du 23 décembre. Les pointes de feu, le biphosphate de chaux améliorent d'abord l'état général ; la fièvre suit une marche décroissante. Cette amélioration passagère ne dure pas. La lésion locale s'accentue, le mouvement fébrile devient quotidien et irrégulier comme dans la phtisie. Le 6 février, on commence les injections du sérum de Maragliano. Ces injections sont pratiquées tous les jours à la dose de deux centimètres cubes ; elles ne modifient

en rien le mouvement fébrile, ni les lésions locales. Dans la soirée du 21 février le malade a encore une hémoptysie abondante. A partir du 14 mars, les injections sont portées à la dose de 4 centimètres cubes. L'état va sans cesse s'aggravant. On cesse complètement ce mode de traitement le 23 mars.

Voici les conclusions du Dr Devay : « En somme, je n'ai observé aucune réaction locale mais j'ai noté une action fâcheuse sur le cœur. Le pouls devenait rapide, mou, facilement dépressible. Cette action persistait encore, quoique atténuée, au moment de la nouvelle injection. La sérothérapie dans la méthode de Maragliano n'a ni diminué, ni supprimé la fièvre, ni amélioré en aucune façon l'état général. Son action spécifique n'a donc aucune constance. »

*Nouvelle tuberculine de Koch.* — *L'Echo médical de Lyon*, dans le numéro du 15 mai 1897, expose succinctement le procédé donné par Koch pour obtenir sa nouvelle tuberculine. Il fait ressortir l'esprit de mercantilisme qui inspire le nouveau travail du professeur.

Le journal cite ensuite ces paroles de M. J. Courmond. « Nous ne saurions trop hâtivement protester et mettre les médecins en garde contre les affirmations intéressées de Koch, qu'aucune nouvelle preuve ne vient corroborer, au contraire. Koch dit qu'il était autorisé, avant son nouveau travail, à recommander même actuellement la tuberculine primitive, comme le meilleur de tous les moyens dont nous disposions pour le traitement de l'infection tuberculeuse. Il est à craindre qu'en présence de cette phrase, avant la mise en vente du nouveau remède, des médecins n'aient la main forcée pour recourir aux injections de tuberculine ancienne. D'ailleurs, n'a-t-on pas vu quelques praticiens

français recommander en 1896 le retour de tuberculine pour faire le diagnostic de la tuberculose précoce *chez l'homme*. Des expériences qu'il a faites, M. Courmont peut affirmer que le diagnostic de la tuberculose par les injections de tuberculine doit être sévèrement *proscrit, parce qu'il n'y a pas de plus sûr moyen de tuer un tuberculeux que de lui injecter de la tuberculine brute*.

« MM. Arloing, Rodet et Courmont ont fouillé ce sujet sous toutes ses faces ; leur travail a été publié dans les Annales de l'Université de Lyon, tome 6 ; leur conclusion a été ferme : La tuberculine prédispose à la tuberculose et aggrave une tuberculose antérieure. »

Il y a quelques mois nous avons, dans l'*Art médical*, protesté contre la facilité avec laquelle certains médecins des hôpitaux se servent de la tuberculine comme moyen de diagnostic dans la tuberculose humaine ; on voit que notre opinion est partagée par des médecins d'une grande autorité.

Dr P. Jousset.

---

## TRAITEMENTS COMPARÉS DE LA COQUELUCHE.

Il y a depuis cinq ou six mois à Paris un assez grand nombre de coqueluches ; ayant été appelé à en soigner 8, voici les résultats de deux médications employées.

I. — G. P..., 10 ans, a commencé à tousser à la fin de décembre : sa toux était d'abord incessante et sans caractère, plus fréquente la nuit que le jour.

Au 10 janvier les quintes avec la reprise caractéristique commencèrent et atteignirent rapidement le chiffre de 30 par 24 heures.

Toutes n'étaient pas suivies de vomissements, mais d'abondantes mucosités étaient crachées chaque fois.

L'angoisse précordiale était surtout très forte à l'approche des quintes.

Il n'y eut pas d'épistaxis.

Le bromoforme a été donné pendant toute la durée des quintes à la dose de 0,80 centigrammes pour 24 heures. Ce médicament a été aisément accepté. Immédiatement les quintes ont diminué de fréquence : 12 à 15 par 24 heures au lieu de 30. L'angoisse précordiale a été supprimée pour ne plus reparaître.

L'état général est resté bon. Les vomissements ont été peu nombreux mais les quintes n'ont pris fin qu'au 1er mars, date à partir de laquelle la toux a définitivement perdu son caractère pour ne disparaître complètement qu'au 15 mars.

La maladie a donc duré plus de deux mois et demi.

II.— A. P..., frère de la précédente, a pris la coqueluche de sa sœur et a eu de ce fait un retard de dix jours environ.

Il a été traité de la même façon mais la saveur spéciale du bromoforme incommodait l'enfant et provoquait même des quintes. La dose a dû être modifiée et l'enfant n'en a pas pris plus de 0,40 centigrammes par jour. L'effet a été beaucoup moins net et les quintes n'ont pas diminué dans la même proportion.

Cependant il n'a pas été fait appel à un autre médicament, l'état général étant satisfaisant.

Les vomissements ont cessé le 9 mars et les quintes le 15 ; à partir de cette date la toux perd son caractère et l'enfant sort quand le temps le permet.

Ces deux coqueluches n'ont pas présenté de complications pulmonaires. A. P. a eu à deux reprises un peu d'embarras gastrique sans gravité.

En somme ces deux enfants ont été malades pendant deux mois et demi.

III.— A.G...,12 ans. Commence à tousser aux premiers jours de janvier.

Retirée du couvent à cette époque, je la vois pour la première fois le 18 janvier ; les quintes commençaient. Je lui prescrivis du bromoforme à la dose de 0,80 centigrammes par jour, et le fis continuer jusqu'au 1er février sans le moindre résultat. L'enfant avait toujours 20 à 25 quintes dans les vingt-quatre heures, crachait beaucoup mais ne vomissait pas plus de 5 à 6 fois.

Au 1er février j'ordonnai de la jusquiame à la dose de 2 gouttes de teinture dans 200 grammes d'eau. L'enfant en prit 4 cuillerées à dessert par jour. Le résultat fut très sensible, les quintes diminuèrent de plus de moitié. Ce médicament fut continué jusqu'au 20 février date à laquelle les quintes cessèrent complètement.

L'enfant sortait à partir de cette époque et pouvait bientôt être considérée comme guérie.

La jusquiame avait, à cette faible dose, mieux réussi que le bromoforme à dose forte. Il ne s'est pas produit la plus légère complication et la durée a été de huit à neuf semaines.

IV. — A. M. R..., âgée de 7 mois et nourrie par sa mère, reste une demie-heure en visite chez sa tante dont la fille toussait depuis quelques jours sans qu'on s'en soit encore préoccupé.

Ceci se passait au commencement d'octobre ; appelé

vers le 10 je crus pouvoir établir le diagnostic de coqueluche les quintes ayant pour ainsi dire débuté d'emblée. Fort embarrassé pour prescrire un médicament inoffensif et à la fois actif, le père de l'enfant étant pharmacien, je lui fis part de mon hésitation et il fut convenu que sans tarder il irait chez un de ses confrères chercher de la belladone et du drosera à doses non pas infinitésimales mais réellement faibles.

L'enfant, malgré ses 7 mois, eût des quintes peu fortes, peu nombreuses, et à peine un vomissement toutes les vingt-quatre heures : elle continua à téter et ses pesées n'accusèrent qu'une faible diminution de l'augmentation hebdomadaire.

Les deux médicaments du début furent alternés ou donnés isolément et la coqueluche sans complication se termina au bout de sept semaines durant lesquelles les deux premières dents se montrèrent.

Agée aujourd'hui d'un an, cette enfant ne paraît pas se ressentir de sa maladie ; elle commence à marcher et les dents continuent à percer sans accidents. Cette observation a une réelle valeur à cause de l'âge de l'enfant.

Les médicaments, à peu près insipides, ont été très facilement pris et par conséquent très régulièrement. Pendant toute la coqueluche, l'auscultation n'a pas permis d'entendre autre chose que quelques gros râles bronchiques, il n'y a jamais eu de fièvre et l'état général s'est maintenu excellent.

V. — L. A..., 4 ans, a commencé sa coqueluche vers le 15 janvier ; les quintes caractéristiques ont dû commencer vers le 25, époque à laquelle je fus appelé.

Déjà sa mère lui avait administré du drosera, mais à

une dose que j'ai diminuée ; c'est le seul médicament qui ait été employé et on peut dire qu'il a donné de merveilleux résultats, car les quintes, quoique très fortes et suivies de vomissements alimentaires, n'ont pas duré plus de quinze jours et l'enfant a été complètement débarrassé en un mois et quelques jours.

A tel point que si je n'avais pas assisté à plusieurs quintes bien caractéristiques, avec reprises et chant de coq, j'aurais douté du diagnostic.

Il n'a cessé de jouer comme à l'ordinaire étant fort peu abattu par la toux et ayant gardé son appétit intact.

VI. — Mlle M... a commencé sa coqueluche avec les vacances du premier de l'an et a pris de l'aconit pour la toux incessante du début. A la période des quintes elle a pris de la belladone, du drosera et de la jusquiame à la dose de 1 à 2 gouttes de teinture mère dans des potions de 200 grammes d'eau et dont on donnait une cuillerée à café toutes les deux heures.

Rapidement les quintes ont diminué, pour perdre leur caractéristique le 15 février ce qui donne une durée de six semaines.

A cette époque, ses parents appelés à Tours l'ont emmenée et au retour, le 20 février, il n'y avait plus la moindre trace de coqueluche.

VII. — Madeleine ..., 14 mois, encore au sein, a de gros râles de bronchite avec une difficulté considérable de la respiration, de la fièvre. Sa mère me dit que depuis quelques jours elle tousse en quintes suivies de vomissements alimentaires ou glaireux et que de plus, dans la maison, plusieurs enfants sont atteints de coqueluche.

Pour parer aux symptômes pulmonaires je prescrivis

toutes les heures une cuillerée à café de l'une des potions suivantes en alternant :

| | | |
|---|---|---|
| (1°) | Ipéca. 6e. . . . . | XII gouttes. |
| | Eau distillée. . . | 200 grammes. |
| (2°) | Bryone 6e. . . . . | XII gouttes. |
| | Eau distillée. . . | 200 grammes. |

Je ne vois l'enfant que huit jours après c'est-à-dire le 2 mars : les râles avaient diminué ainsi que la dyspnée et j'ordonnais 4 cuillerées à café des deux potions suivantes par 24 heures :

| | | |
|---|---|---|
| (1°) | Drosera 6e. . . . . | XII gouttes. |
| | Eau distillée. . . . | 200 grammes. |
| (2°) | Jusquiame 6e. . . . | XII gouttes. |
| | Eau distillée. . . . | 200 grammes. |

Le 9 mars je puis constater une diminution très notable des quintes, un appétit meilleur et l'absence à peu près complète de râles dans la poitrine : je fais continuer le même traitement jusqu'au 23 mars date à laquelle les quintes caractéristiques ont disparu complètement laissant à leur place une toux grasse pour laquelle je conseille de faire prendre 3 cuillerées à café par jour de :

| | |
|---|---|
| Sulfur 1re décimale. . . . | 0,20 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . . | 200 grammes. |

La durée de la maladie a été de 4 semaines.

VIII. — Auguste S..., 6 ans, tousse depuis le 28 avril et je le vois pour la première fois le 4 mai ; il a devant moi une quinte caractéristique pour laquelle j'ordonne aconit et drosera à la 6e dilution. Ayant recommandé à sa mère de ne pas le sortir pendant la période si froide que nous avons traversée, je ne revois l'enfant que le 18 mai ; il n'a plus que quatre ou cinq quintes sans vomissements et

sans reprise : il rougit un peu et ne crache plus de mucosités : je supprime l'aconit pour ne continuer que le drosera et considère la coqueluche comme terminée.

Chacun de ces 8 enfants a été mis dans les mêmes conditions hygiéniques, mais avec la réclusion la plus absolue jusqu'à la cessation des quintes. En aérant les pièces dans lesquelles les enfants ont séjourné pour les y faire rentrer après ventilation, on fait meilleure œuvre qu'en les faisant sortir et surtout on fait de l'isolement et on restreint la contagion si fréquente dans les promenades et les jardins publics où une averse rassemble sous un abri ou une porte cochère des coqueluches dont on ne saurait se garer qu'après constatation de la quinte et aussi de la contagion.

Quelles conclusions tirer de ces huit observations? Elles sont peu nombreuses, mais cependant on peut dire que le bromoforme n'est pas toujours facile à faire accepter aux enfants, qu'il est difficile à employer n'étant soluble que dans l'alcool et qu'enfin, s'il procure un soulagement de l'angoisse précordiale et une diminution de la fréquence des quintes, il n'abrège pas la durée de la coqueluche dans de sensibles proportions. Sans vouloir en rejeter l'emploi sans de plus amples données, il est hors de doute qu'il est plus facile de faire prendre à des enfants de n'importe quel âge une potion dans laquelle on met quelques gouttes d'une teinture, voire même d'une dilution.

La durée avec les faibles doses a été diminuée d'une façon certaine et, en un mois environ, on peut espérer débarrasser un enfant de la coqueluche.

C. Petit.

# MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

## PATHOGÉNÉSIE DU CHLORAL (*suite*)

31° X... (*Bost. med. and. Surg. Journ.*, 1871, 33. — *a*) Un médecin de 70 ans, habitué à l'usage du chloral. Desquamation des doigts des deux mains avec ulcérations superficielles, surtout au bord des ongles; douleur et grande sensibilité au toucher, accélération du pouls; malaise général.

*b*) Jeune dame, prenant du chloral chaque soir, depuis un mois, présentait de l'inflammation érythémateuse, de la desquamation et des ulcérations autour des ongles.

32° HADDOU (*Med. Times and. Gaz.*, 6 *sept.* 1879).—E. T., ingénieur, âgé de 40 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas le 2 juillet. Dans le courant de l'après-midi, on l'avait trouvé dans un état comateux. Il avait avalé 9 grammes environ de chloral. Au moment de son entrée on note les phénomènes suivants : perte presque complète de l'intelligence, résolution des membres, respiration difficile, face congestionnée, insensibilité de la conjonctive, pupilles légèrement contractées, extrémités froides et cyanosées. T. 37°. P. 108, faible et compressible. R. 36. Impulsion cardiaque nulle. Quatre heures plus tard, T. 38°1. P. 108, plus fort. R. 42. Impulsion cardiaque plus forte. Le 3, T. 37,2. P. 108. R. 28; pupilles contractées, mains froides; le malade est agité et cherche à se lever; il répond par monosyllabes. Le 4, malade somnolent, mais répond convenablement aux questions qu'on lui adresse.

P. 128. R. 32. La miction, d'abord involontaire, devient normale. Le malade guérit sans accidents.

33° Kirn (*Berlin. Klin. Woch.*, nov. 1893). — Homme de 35 ans, de tempérament irritable et de famille névropathe. Il est asthmatique depuis six ans. Il y a trois ans, il a commencé à combattre ses accès par du chloral et de la morphine. Depuis six mois, les attaques d'asthme étant devenus presque quotidiennes, il absorbe chaque jour 8 grammes de chloral et 6 centigrammes de morphine.

Après avoir éprouvé successivement de l'inappétence, de la diarrhée, une émaciation considérable, du ténesme vésical, des élancements dans les membres et dans le dos, de l'insomnie, son moral s'est affaibli et il a perdu toute volonté.

Suppression totale et brusque du chloral en permettant quelques petites injections de morphine.

Cette privation de chloral détermina dans les premiers jours un état d'agitation violente, auquel succédèrent des hallucinations limitées à l'ouïe et exclusivement de nature terrifiante. Ces hallucinations cessaient complètement la nuit malgré l'insomnie et l'anxiété du malade.

Cet homme avait perdu 20 kilos de son poids; son pouls était petit, très variable de fréquence, il avait de la diarrhée, des besoins répétés de miction et des élancements dans les membres inférieurs.

Au bout de deux mois et demi, amélioration marquée de l'état psychique et embonpoint.

34° Rehm (*Arch. f. Psychiatrie und nerv.* B. XXVII, H. 1, p. 36). — Rehm rend compte des effets du chloralisme chronique qu'il a observé à l'asile de Blanckenberg.

Du côté de l'appareil circulatoire, on voit se produire

comme manifestations du chloralisme, un relâchement vasculaire quelquefois très accusé. Les modifications de l'état psychique, qu'on observe concomitamment, portent à croire que cette dilatation des vaisseaux est la conséquence d'une action du chloral sur certains centres vasomoteurs.

A part quelques inspirations suspirieuses, l'auteur n'a pas observé, chez ses malades, de modifications du côté de l'appareil respiratoire.

Très souvent, il se produit un abaissement de la température interne, qu'on a rapporté à tort à la distension vasculaire et au ralentissement circulatoire qui en résulte, car le relâchement des vaisseaux est limité environ au tiers supérieur du corps et l'abaissement de température s'observe encore sur des animaux chloralisés qu'on enveloppe dans de l'ouate.

Avec Binz, l'auteur admet qu'elle est l'expression d'une diminution de la calorification, laquelle résulte elle-même d'une diminution du tonus musculaire et d'une moindre activité des globules rouges un peu modifiés dans leur structure (boursouflement). Peut-être le chloral exerce-t-il également une action directe sur les centres régulateurs de la température interne.

Dans le cours du chloralisme, on voit survenir des éruptions cutanées qu'on a également rattachées à la distension des vaisseaux. Quelquefois il se produit de la gangrène, dont le développement peut bien s'expliquer par un relâchement paralytique des capillaires et par des thromboses dans des artères de petit calibre; on peut aussi faire intervenir une influence exercée par le chloral sur les centres trophiques. De même la tendance aux hémorrhagies, autre manifestation du chloralisme, peut

également être rapportée à une action chimique du chloral sur le sang.

Les manifestations du chloralisme du côté de l'appareil digestif consistent en diarrhée, inappétence, douleur vague à l'épigastre. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté ces symptômes, on trouva la muqueuse de l'estomac ramollie, érodée en un grand nombre de points, les gros vaisseaux distendus, les petits éraillés par places avec des ecchymoses dans le voisinage ; sur la paroi postérieure, une ulcération de la dimension d'un thaler ; la partie supérieure de l'intestin était en état d'inflammation. On a noté quelquefois une teinte subictérique de la peau, de la tuméfaction de la rate.

Les troubles psychiques et nerveux tiennent une large place dans la symptomatologie du chloralisme chronique et consistent en secousses convulsives, accès épileptiformes, nervosité, humeur sombre, accès de manie et autres formes de démence, apathie, dépression des facultés intellectuelles, quelquefois accroissement de l'insomnie. Ces accidents ont été considérés comme des conséquences d'une action directe du chloral sur les centres nerveux.

Enfin, comme autres symptômes du chloralisme, on note des douleurs dans les jointures et dans les membres, de l'amaigrissement, quelquefois aussi une légère infiltration graisseuse des viscères.

35° Ivanowsky (*C. R. de la Société méd. de Kharkow*, 1886). — Il propose de remplacer le vésicatoire cantharidien par un emplâtre à l'hydrate de chloral. Dans 9 cas, une vésication complète a été produite en dix minutes. Le malade éprouve simplement une légère sensation de brûlure.

36° BARBILLION (*Arch. de physiologie*, janv. 1887). — Barbillion décrit une variété d'érythème que l'on observe de préférence chez les enfants, à la suite de l'administration du chloral seul, de l'alcool seul, et surtout à la suite de l'administration de ces deux agents réunis. L'éruption se produit presque fatalement dans les circonstances suivantes : un enfant de 4 à 8 ans prend, chaque jour, 2, 3 ou 4 grammes de chloral par doses fractionnés, de façon à être d'une façon permanente sous l'influence du médicament; vient-on à lui administrer de l'alcool, sous une forme quelconque, vin ou liqueur dans le quart d'heure ou la demi-heure qui suit l'exanthème apparaît.

Cet exanthème est essentiellement caractérisé par des plaques d'un rouge vif, irrégulièrement disséminées sur la surface du corps, passagères, apparaissant et disparaissant rapidement et pouvant être reproduites avec une grande facilité. C'est ordinairement à la face que commence à apparaître la rougeur. Elle peut y rester localisée; mais pour peu que l'éruption soit un peu intense, elle ne tarde pas à s'étendre à d'autres parties du corps. Les conjonctives, la muqueuse buccale, parfois la muqueuse pharyngée deviennent le siège d'une rougeur vive. L'haleine est chaude, spiritueuse, avec un parfum de pomme de reinette qui rappelle l'odeur du chloroforme. Ce caractère de l'haleine n'existe que pendant la poussée éruptive; il disparaît dans l'intervalle. C'est aussi pendant la poussée éruptive que l'on peut noter des modifications de la circulation et de la respiration. La durée de l'éruption varie d'un quart d'heure à plusieurs heures. Elle ne laisse aucune trace habituellement; mais à la longue, la peau devient le siège d'une desquamation furfuracée, parfois assez prononcée.

37° Ballet (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 juillet 1893). — Une dame de 43 ans, mal équilibrée au point de vue mental, faisait, depuis près de quinze ans, un usage journalier du chloral. Le matin, elle était toujours fatiguée, la figure rouge par moment et avait du tremblement des mains. A la suite d'un excès de chloral, elle fut prise d'uue grande agitation avec tremblement et de fièvre. Ballet la trouva dans un état très analogue à ceux des alcooliques atteints de délirium tremens avec fièvre intense, sueurs de la figure, tremblement intense; secousses des lèvres et de la langue, parole bredouillée, tremblement des membres, pupilles paresseusses, quelques hallucinations. Malgré le traitement consistant en injections de spartéine, café, lotions vinaigrées, l'état ne s'améliora pas pendant quatre jours, puis, après une légère détente de la fièvre, la malade tomba dans un état comateux, bientôt accompagné d'une excessive hyperthermie; la malade succomba au moment où la température s'élevait à 42,5. L'odeur de chloroforme avait été nettement constatée au début de la crise.

38° Bender (*Hahnem. Monthly*, VII, 506).—Dans un cas de dysménorrhée grave chez une femme nerveuse (probablement hystérique) il donne 1 gr. 30 de chloral comme palliatif. Cela produisit une chaleur et un fourmillement sur tout le corps quelques moments après l'ingestion; bientôt après les douleurs descendireut vers les pieds et disparurent. Près d'une heure après la cessation de la douleur, survint un état hystérique avec un rire immodéré. Peu après, suivint un sommeil lourd, suivant son expression, qui persista pendant cinq heures. Aucune douleur ne reparut pendant trois heures. De plus, il y avait

perte du pouvoir moteur, qui l'empêchait de remuer même un doigt, et confusion mentale. Une céphalalgie pulsative, du type congestif, suivit avec crainte de la lumière, pour laquelle on donna Belladone. La céphalalgie augmenta malgré le médicament jusqu'à 4 heures après midi, juste dix-neuf heures après la dose de chloral; alors les douleurs violentes s'accompagnèrent d'une somnolence qui précédait le sommeil de quelques minutes; alors elle s'éveillait en sursaut, la tête tellement douloureuse, qu'elle demandait qu'on la tint réveillée. Les objets et les personnes lui paraissaient éloignés et petits, les fleurs du papier de la chambre semblaient très rouges, lumineuses et éblouissantes. Quand on lui parlait, elle répondait à peine et difficilement, retombant immédiatement dans son inconscience, se réveillant tout à coup en sursaut et demandant qu'on l'empêchât de dormir. Le docteur prescrivit Lachesis, qui la calma pendant quelque temps, amenant des sommeils successifs agités. Jusqu'à trente-et-une heures après qu'elle était sous l'influence de l'hypnotique, elle était exaltée et portée à rire, quoiqu'en même temps très faible (cette disposition au rire ne lui était pas habituelle). Elle se plaignait aussi de sentir sa tête très volumineuse; après deux doses de Lachesis elle demande si sa tête n'avait pas diminué.

39° PIEDVACHE (*Bull. de la Soc. Med. Hom. de France*, XXVI, 163). — Le 15 mai, une dame de 35 ans, au septième mois d'une grossesse, eut un accès de fièvre avec vomissements répétés; le lendemain une éruption parut sur le cou, les mains et les jambes. Quand le D[r] Piedvache la vit le lendemain 17, l'éruption avait gagné tout le corps. Elle était constituée par des petites papules, sem-

blables à celles de la variole au deuxième jour, non accuminées, d'une rougeur vive, et disparaissant sous la pression. Sur le front, elles étaient plus larges, et le reste de la figure était un peu enflé. Il y avait un prurit général intense; la langue, la bouche et la gorge étaient revêtues d'un enduit épais avec salivation ; 120 pulsations, pouls large et plein ; temp. 39° ; peau très sèche, pas de céphalalgie. Une toux, qui durait depuis quatre semaines, mais qui avait beaucoup diminué, était devenue pire, avec une douleur angoissante sous le sternum et des râles sous-crépitants fins dans tout le côté gauche ; de place en place dans le côté droit ; la percussion était normale. On affirmait qu'elle avait eu une crise du même genre, mais de courte durée, douze jours auparavant ; en outre que pour combattre sa toux, elle employait depuis trois semaines du sirop de chloral. Ne suspectant pas ce dernier, le Dr Piedvache ne le fit pas cesser et prescrivit seulement aconit ; en conséquence, cette dame continua le sirop de chloral pendant les trois nuits suivantes. Le 18, l'état général était plus mauvais ; temp. 40° ; prostration marquée ; insomnie complète ; agitation et subdélirum le soir ; dyspnée et angoisse sous-sternale, toux incessante, expectoration légèrement sanguinolente ; râles muqueux très fins dans le poumon gauche, sibilants dans le droit. Frissons toute la matinée. Démangeaisons intolérables ; les papules sont plus larges et réunies par groupes, ressemblant par place à l'érythème papuleux. Leur couleur est très foncée, mais disparaît par la pression ; en les rayant avec l'ongle, on ne les blanchit pas. La figure est toujours enflée, surtout aux paupières, qui sont rouges, avec injection de la conjonctive oculaire et un peu de photophobie. Les lèvres sont très enflées et

sèches, leur bord libre très crevassé. Salivation abondante. Sur la muqueuse buccale, on voit çà et là quelques aphthes. La langue est un peu large, sèche et crevassée sur sa face supérieure. Léger œdème du voile du palais, qui est d'un rouge foncé ; dysphagie marquée. Le 19, les papules sont plus larges et plus nombreuses ; la peau de la face et des extrémités est gonflée comme dans la variole ; les intervalles de peau saine sont d'un rouge aussi foncé que les papules ; les yeux sont fermés, les lèvres énormes et un peu renversées ; la salivation abondante. Dans le sillon gengivo-labial, les aphthes sont transformés en ulcères allongés, avec base grise, très douloureux et produisant une mauvaise haleine. Il y a aussi des aphthes dans le pharynx ; la déglutition est presqu'impossible ; il y avait des attaques passagères de suffocation. La langue était visiblement enflée. La toux était très fréquente et l'expectoration encore sanguinolente ; mais les râles étaient plus gros. La température de bonne heure le matin ne marquait que 38° seulement, mais entre 11 heures et midi il y eut un frisson prolongé et à midi le thermomètre marquait 40° ; peu de transpiration. (Le soir, on donna 0,75 de sulfate de quinine). Le 20, nuit un peu moins mauvaise, symptômes un peu atténués ; l'ulcération de la bouche est cependant plus étendue. A midi, le frisson revient (merc. corr., 2e trit. et 1 gramme de sulfate de quinine le soir). Le chloral fut suspecté et supprimé. La nuit fut meilleure ; il y eut cependant des crises de dyspnée, avec douleur aiguë sous le sternum. Les autres symptômes persistaient, sauf le paroxysme fébrile qui fut plus faible et plus tardif (l'arsenic fut substitué au merc. corr. et la quinine répétée). Le 22, tous les symptômes commençaient à s'amender, ce qui continua désormais. La

prostration fut très grande pendant quelques jours. La peau fut le siège d'une desquamation répétée qui dura du 24 mai au 4 juin : mais la peau resta quelque temps décolorée. Ce dernier jour, la malade s'aventura à prendre, pour une douleur de dent, une cuillerée de sirop en se couchant. Pendant la nuit, elle se sentit souffrante et eut des démangeaisons ; le matin, toute sa peau était d'une couleur framboise, avec léger œdème de la face et des paupières ; il y a nausées, et état fébrile. Tout était disparu le lendemain.

40° DA COSTA (*Med. Times and Gaz.*, 1883, II, 160). — Parmi les symptômes les plus frappants du chloralisme chronique se rencontre la faiblesse musculaire, qui est particulièrement marquée dans les jambes. Il y a une débilité si marquée, qu'en essayant de marcher le malade paraît paralysé. Il n'y a pas un groupe musculaire spécial d'atteint, mais une perte générale du pouvoir musculaire dans les membres. Cette parésie peut aussi se manifester aux extrémités supérieures. L'action du cœur est affaiblie avec extrémités froides et tendance aux sueurs profuses. Le pouls est accéléré, mais faible et la tension artérielle diminuée. Un délire actif, ressemblant au delirium tremens, a été observé par l'usage prolongé en augmentant les doses ; mais, plus souvent, le patient s'alourdit et devient rêveur ; le pouvoir de la volonté paraît manquer complètement ; le jugement et les facultés intellectuelles sont affaiblis. Les centres vaso-moteurs perdent dans un certain degré leur pouvoir fonctionnel ; cela est particuculièrement évident pour la circulation cutanée ; les extrémités sont froides et bleuâtres et il survient des inflammations diverses de la peau. Le sucre peut se montrer

dans les urines, quoi que cela ne soit pas constant ; du moins je ne puis dire que je l'ai trouvé ainsi.

### III. — Expériences sur les animaux

41° X. (*Edim. Med. Journ.*, *août* 1872). — On donne 30 grains (2 grammes) à un lapin. 5 minutes après, 120 respirations, irrégulières ; il reste tranquille, les oreilles à moitié dressées ; 10 minutes, il va çà et là, semblant stupide, alourdi, les oreilles tombant sur le dos ; 13 minutes, 43 respirations, il reste tranquille, relevant de temps en temps la tête vivement, comme s'il essayait de résister au sommeil et rongeant dans une boîte près de lui ; 15 minutes, il paraît très excité, mais incapable de se tenir droit ; 17 minutes, il flaire çà et là ; 18 minutes, il se couche de nouveau ; 20 minutes, 34 respirations, il remue encore quand on fait du bruit ; 22 minutes, il tient son nez sur le sol, mais lève la tête quand on fait du bruit ; 25 minutes, il essaye de remuer, mais paraît paralysé de ses pattes de derrière ; 26 minutes, il gratte le plancher avec ses pattes de devant ; 27 minutes, il essaye en vain de faire sa toilette, il souffle bruyamment tout autour de lui ; 29 minutes, il ne peut remuer lorsqu'on fait du bruit ; 36 minutes, il essaye de nouveau de faire sa toilette, il remue les mâchoires, comme s'il essayait de manger, il flaire ses membres postérieurs comme s'il voulait les lécher ; mouvement continuel des mâchoires ; 38 minutes, 34 respirations, libres et profondes, abdominales ; il se lèche plusieurs parties du corps ; 40 minutes, il souffle légèrement et paresseusement, il a toute puissance sur ses pattes de devant, mais pas sur ses pattes de derrière ; les oreilles très chaudes, pendantes et flasques ; 50 minutes, il mange avec appétit un gâteau d'avoine et est tout à fait bien.

42° Stillé (*Cycl.of Drug.path.*).— Dans les expériences de Liebreich une injection hypodermique de 1 gr. 1/2 (0 gr. 10) chez un lapin produisit un sommeil léthargique, durant de 9 à 10 heures, pendant lesquels l'animal était jeté sur le dos d'un fauteuil, sans se réveiller. Des résultats semblables étaient obtenus chez des chiens. Richardson, par l'administration interne à des pigeons produisit le sommeil avec 2 à 3 grains (0 gr. 13 à 0 gr. 20) pendant lequel on observait que la respiration devenait plus lente et que la température s'abaissait. Chez les grenouilles, 1 grain (0 gr. 06) amenait presqu'instantanément l'insensibilité, le coma et la mort, précédée ordinairement par des spasmes ou des convulsions. Des expérimentations sur d'autres animaux donnent en substance les mêmes effets et dans toutes il a été particulièrement noté que le sommeil, produit par le chloral, diffère de celui causé par les autres anesthésiques ou narcotiques en ce qu'il est moins profond, faiblement troublé, et qu'il recommence facilement lorsque l'animal est laissé en repos.

*b*) Quand les animaux sont tués par les fortes doses, on trouve les sinus du cerveau, après la mort, remplis d'un sang liquide et foncé; les membranes sont injectées, mais le cerveau lui-même n'est pas congestionné et a sa couleur normale. Les mêmes apparences se retrouvent au niveau de la moelle épinière. Les muscles sont d'une couleur foncée et remplis de sang liquide qui s'en écoule librement lorsqu'on les incise. Le cœur contient du sang des des deux côtés, conservant les caractères distinctifs du sang artériel et du sang veineux. Les poumons sont pâles, contiennent du sang mais ne sont pas congestionnés. Les caillots sanguins sont peu solides; les globules rouges sont quelquefois d'un petit volume et crénelés.

43° BRUNTON (*Id.*). — En collaboration avec le professeur Stricker, il a observé, par les fortes doses, une descente de la température telle qu'elle ne peut plus être mesurée par le thermomètre clinique.

Les animaux qui ont reçu une dose qui les tuerait certainement s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes, arriveraient à guérir s'ils sont enveloppés de ouate. Si la dose est augmentée de façon à faire mourir l'animal même bien enveloppé, il pourra encore réchapper s'il est placé dans un endroit chaud.

44° H. C. WOOD (*Id.*). — La paralysie et la perte des réflexes produites par le chloral n'ont pas une origine musculaire, car Labbée a trouvé, après le décès, que les muscles répondent parfaitement au galvanisme. Labbée et Rajewsky ont trouvé tous les deux que les nerfs moteurs ne sont en aucune façon atteints par les doses fortes et mêmes mortelles de chloral, qui peut cependant agir sur la moelle épinière pour produire les phénomènes paralytiques. Les expériences de Rajewsky ont produit une confirmation complète de la conclusion où l'on était arrivé en procédant par exclusion, car il a trouvé que dans les dernières études de l'empoisonnement par le chloral l'irritation directe de la moelle épinière produit moins de mouvements cloniques que chez les animaux sains.

45° GRANDIS (*Giorn. d. R. Accad. de méd. de Torino*, juin-juillet 1889). — Injections intra-péritonéales de chloral sur le chien. Le chloral produit de l'albuminurie et souvent le passage de globules rouges dans l'urine ; à hautes doses, il détermine la destruction de l'épithélium et l'infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif interstitiel. Il est probable qu'il ne se transforme qu'in-

complètement en acide uro-chloralique et que le chloral non transformé agit directement comme irritant sur l'épithélium capsulaire et canaliculaire, à la façon de la cantharidine, du phosphore et de l'acétone.

(*A suivre.*)

Dr Marc Jousset.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 4 mai. — Traitement chirurgical des perforations spontanées de l'estomac.* — M. Le Dentu rapporte un cas de perforation spontanée de l'estomac sur sa face antérieure, sous le foie et à peu de distance du pylore, qu'il a observé à l'hôpital Necker. Cette observation est intéressante, en ce sens que l'intervention (la laparotomie) n'ayant pu avoir lieu que vingt-six heures après la perforation, il y avait à craindre qu'elle ne fut trop tardive. Cependant, malgré la très grande quantité de liquide purulent contenu dans le péritoine, malgré le collapsus profond dans lequel s'est trouvé le malade après l'opération, malgré l'impossibilité de suturer la perte de substance de l'estomac trop haut placée et trop cachée par de fausses membranes, la perforation obstruée, et soutenue par des tampons de gaze iodoformée, s'est cicatrisée d'elle-même, si bien que seulement deux pansements ont été nécessaires jusqu'au dixième jour. Le shock ne s'est pas prolongé au-delà de quelques heures et, dès le troisième jour, la guérison a pu sembler assurée. M. Le Dentu fait

observer que deux conditions surtout peuvent favoriser le succès : un diagnostic précis d'emblée et une intervention hâtive.

*Appendicite et colite muco-membraneuse.* — M. Le Dentu présente un appendice qu'il a enlevé le matin même et qui présente, outre une toute petite perforation, un rétrécissement marqué en un point de son canal. Il croit que le rétrécissement fibreux de l'appendice doit être bien souvent considéré comme la cause des rechutes dans l'appendicite, et il se demande si on ne peut pas attribuer ce rétrécissement à une typhlite propagée à l'appendice.

M. Laveran fait remarquer que les rétrécissements de l'appendice doivent être considérés plutôt comme la conséquence que comme la cause de l'appendicite. Pour lui, en attribuant l'appendicite à la transformation de l'appendice en cavité close, on prend souvent l'effet pour la cause.

M. Dumontpallier s'élève contre cette thèse, soutenue par le professeur Dieulafoy, qu'il n'existe ni typhlite, ni pérityphlite qui doivent être remplacées par l'appendicite et la périappendicite, et que le traitement de ces maladies doit toujours être chirurgical. Il s'appuie sur diverses statistiques qui montrent que le traitement de l'appendicite par des soins purement médicaux a donné 90 p. 100 de guérison et il conclut en disant que le traitement médical de l'appendicite est utile, rationnel, et qu'il est, le plus souvent, suffisant. L'intervention chirurgicale doit être réservée à des cas nettement déterminés.

*Séance du 11 mai. — Œdème aigu congestif du poumon.* — M. J. Renault, à propos de la communication du Dr Huchard sur l'œdème congestif aigu du poumon, rap-

pelle qu'il en a observé, en 1874, le premier cas et donne le résultat de l'autopsie du malade. Au milieu de lésions généralisées d'œdème vulgaire se trouvait au centre du lobe inférieur du poumen droit une lésion caractéristique. Elle avait le volume du poing fermé d'un enfant de 10 à 12 ans et se dégradait sur sa marge pour passer à l'état d'une lésion d'œdème pulmonaire vulgaire à spume ruisselante. Mais, dans ses limites, le parenchyme pulmonaire avait pris la consistance d'une gelée légèrement violette, parcourue par des tractus blanchâtres réticulés. Ceux-ci répondaient aux parois alvéolaires et aux cloisons interlobulaires devenues complètement exsangues par contre-pression. Le parenchyme pulmonaire était de son côté, au sein de la lésion, entièrement privé d'air; tous les fragments tombaient au fond de l'eau comme des balles. Sous la plèvre, les lobules étaient séparés les uns des autres par de larges tractus d'apparence gélatineuse, tels qu'on les voit dans un poumon d'enfant qu'on a hydrotomisé. L'examen de la pièce ne laissait aucun doute sur l'existence d'un énorme foyer d'œdème compact, obstruant absolument les alvéoles et qui, développé subitement à la façon d'une lésion d'origine nerveuse, avait été le point de départ de la généralisation du mouvement œdémateux dans la totalité du poumon. Le malade n'était d'ailleurs ni albuminurique, ni glycosurique. D'ailleurs, M. Renault croit que, si les brightiques interstitiels sont plus exposés que d'autres à l'œdème congestif du poumon, c'est qu'ils réunissent mieux que les autres les conditions essentielles de la production de celui-ci : artères dures, myocarde malade, système nerveux vivant sous un régime d'intoxication, susceptible alors de déterminer des poussées diapédétiques vers les points faibles de l'organisme,

mais ils ne sont pas seuls à posséder le regrettable privilège de cette complication que l'on peut rencontrer chez des malades porteurs de lésions d'aortite ou de périaortite.

M. Landouzy a observé des cas dans lesquels la lésion aortique a suffit seule pour déterminer l'œdème aigu du poumon.

M. Brouardel croit que les faits d'œdème du poumon rapidement mortel, chez des individus qui n'étaient pas des rénaux, sont une minime exception. Il croit que, dans ces cas, la maladie rénale est probablement silencieuse.

M. Landouzy tient à ce qu'à côté du très grand nombre de scléreux qui associent l'adultération rénale à la production de l'œdème aigu du poumon, on n'oublie pas la variété bien particulière des cas d'œdème aigu du poumon dans lesquels l'intégrité organique ou fonctionnelle ne saurait être incriminée.

M. Renault répond à M. Brouardel qu'il n'a pas voulu dire que l'œdème aigu soit étranger à la pathologie des accidents brightiques, mais bien affirmer que le brightisme n'est pas indispensable à sa production.

*Appendicite et entéro-colite membraneuse.* — M. Dieulafoy répondant à M. Dumontpallier dit qu'il ne songe pas à rayer le mot typhlite du cadre nosologique, mais qu'on n'a jamais vu la typhlite déterminer la perforation des parois intestinales et la péritonite. Quant à l'appendicite il persiste à croire que son seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun. A ce sujet il rapporte plusieurs cas d'appendicite semblant évoluer d'une façon bénigne et chez lesquels l'opération a démontré l'existence de lésions de perforation ou de

péritonite qui auraient été certainement cause de la mort si l'intervention chirurgicale avait été négligée. Aussi, comme il n'y a aucun symptôme qui puisse permettre d'affirmer l'existence ou la non-existence de la péritonite appendiculaire, il faut opérer dans tous les cas d'appendicite.

M. Dumontpallier croit que la perforation de l'appendice peut guérir par une sorte d'encapsulement et qu'elle ne détermine pas forcément de péritonite généralisée. Il fait remarquer que M. Dieulafoy n'a pas le droit de traiter de quantité négligeable la statistique de 8.000 observations d'appendicites ou typhlites soignées médicalement et ayant donné 90 p. 100 de guérison, qu'il a apportée à la dernière séance, et il maintient ses conclusions : que le traitement médical de l'appendicite est utile et le plus souvent suffisant ; que l'intervention chirurgicale ne doit être réclamée que dans des cas déterminés.

*Séance du 18 mai. — Démonstration par la radiographie de la régénération osseuse après les opérations chirurgicales.* — Actuellement, on n'a plus besoin d'attendre la mort des opérés pour se rendre compte des dimensions réelles et de la forme exacte des ossifications nouvelles à la suite d'opérations chirurgicales. Grâce aux radiographies obtenues par les rayons de Rœntgen on peut faire en quelque sorte l'autopsie des os sur le vivant et les voir à travers les parties molles presque aussi distinctement que si nous les avions sous les yeux. M. Ollier présente trois radiographies prises sur des sujets auxquels il avait enlevé respectivement 28 centimètres, 22 centimètres et 16 centimètres de tibia et de surfaces articulaires inférieures de la jambe pour les deux premiers cas, et de la diaphyse du

tibia pour une ostéomyélite dans le troisième cas. La conservation du périoste pour les deux premières opérations a suffi à la régénérescence des os avec un raccourcissement insignifiant. Dans la troisième opération le périoste détruit en partie n'a pas permis la réformation complète du tibia et il a fallu faire entre les deux extrémités de l'os une greffe osseuse constituée par la transplantation d'une partie du tibia de l'autre jambe accompagnée de son périoste. Cette précaution a été fort utile, car la greffe osseuse n'a pris qu'à la partie supérieure le reste étant éliminé sous forme de séquestre, mais le périoste étant resté adhérent et vivant a fini par combler la brèche. La radiographie permet de constater très nettement ce résultat ainsi que la disparition de la brèche faite au tibia sain.

M. Péan dit, à ce propos, qu'il a l'habitude d'employer des pièces de caoutchouc durci et bouilli dans la paraffine afin de pouvoir remplacer tous les os et les articulations des membres, et, en ayant soin de conserver le périoste des parties qu'il enlève, il voit au bout d'un certain temps se régénérer les os enlevés et il peut alors supprimer les pièces de caoutchouc durci qui servent ainsi d'appareils internes, beaucoup plus commodes et faciles à maintenir que les appareils extérieurs que l'on emploie généralement pour empêcher les membres de se raccourcir ou de se déformer.

*Des sténoses incomplètes, pyloriques et sous-pyloriques.* — On sait que Reichmann a donné son nom à une maladie de l'estomac que l'on désigne aussi sous le nom de gastrosuccorrhée et qui consiste dans la sécrétion du suc gastrique actif se faisant à jeun, en l'absence de toute excitation alimentaire. Il en a admis deux formes : la

périodique, et la forme continue. Pour M. Hayem, la forme continue de la gastrosuccorrhée serait toujours due à une sténose incomplète pylorique ou sous-pylorique et ne serait qu'un symptôme et non une maladie. En effet, chez tous les malades qui en ont présenté les signes, il a constamment trouvé un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac au niveau ou dans le voisinage immédiat de l'orifice pylorique. Pour savoir si l'on a affaire à une sténose pylorique ou sous-pylorique, on s'appuiera principalement sur la présence constante, le matin à jeun (10 à 12 heures après la dernière ingestion d'aliments), de liquide stomacal renfermant des débris d'aliments. Quand le liquide de rétention sera abondant et souillé de débris grossiers, facilement reconnaissables sans le secours du microscope, et se rapportant parfois à des aliments déglutés plusieurs jours auparavant, on devra placer le siège de la sténose au niveau du pylore. Lorsqu'au contraire, le liquide résiduel sera peu abondant, coloré quotidiennement ou presque chaque jour en vert par de la bile, lorsqu'il ne tiendra en suspension que des débris alimentaires assez ténus pour n'être reconnus qu'au microscope, on devra diagnostiquer une sténose sous-pylorique. Quant au diagnostic causal de ces sténoses, il est généralement difficile à établir. Cependant quand on trouvera chez un sténosé des liquides résiduels presque invariablement dépourvus d'acide chlorhydrique libre, et présentant presque toujours aussi, une acidité normale très élevée, reconnaissable à la valeur très augmentée du coefficient aussi bien et mieux qu'à l'aide des réactifs, on devra penser à un cancer, même en l'abtence de tumeur accessible à la palpation.

Cette maladie, en raison de son origine mécanique ré-

siste à tous les traitements médicamenteux. L'opération, la gastro-entérostomie, semble seule être un moyen curatif.

M. Albert Robin ne croit pas non plus à l'existence de la maladie de Reichmann comme entité morbide, mais contrairement à M. Hayem il soutient que le spasme et la contraction du pylore jouent un rôle essentiel dans les grandes ectasies gastriques. Quant aux sténoses sous-gastriques, elles sont connues depuis longtemps et M. Albert Robin cite plusieurs travaux de M. Glénard et de divers auteurs allemands. Pour lui, le traitement ne doit pas être exclusivement chirurgical, car dans les cas de spasme ou de contracture du pylore on les voit souvent céder à l'emploi des médicaments appropriés.

M. Hayem répond qu'il ne nie pas le spasme pylorique passager, mais que la forme permanente de la maladie dite de Reichmann ne peut être attribuée à un spasme. Chez tous les malades atteints de cette maladie dont il a pu faire l'autopsie il a constaté l'existence d'un obstacle mécanique à l'évacuation gastrique. Ce n'est donc pas une maladie nerveuse, et il est impossible de la distinguer des sténoses incomplètes pyloriques ou sous-pyloriques. Cette affirmation, n'avait jamais été formulée avec preuves à l'appui ni en France ni à l'étranger.

*Séance du 25 mai. — Fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorrhaphie.* Le Dr Ehrmann communique à l'Académie plusieurs observations de fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorrhaphie et les fait suivre des conclusions suivantes : « Si l'urano-staphylorrhaphie, depuis l'introduction de la méthode périostique est devenue une opération courante, bien réglée, à la portée de tous

les chirurgiens, il est néanmoins certains détails de son exécution, qu'il est utile de connaître, si l'on veut s'éviter. dans la pratique, de sérieux mécomptes. J'entends parler des précautions à prendre pour éviter l'enroulement transversal des lambeaux et la persistance fistuleuse des incisions libératrices, qui, trop souvent, en résulte.

« La longueur exagérée des incisions libératrices est une des causes indéniables de cet enroulement. On se fera une règle d'en limiter l'étendue à ce qui est strictement nécessaire pour assurer un affrontement libre de toute tension.

« Il est plus essentiel encore de veiller à ce que le travail de réparation de ces plaies y marche toujours parallèlement. Si besoin, on le ralentira dans l'une d'elles, soit par l'interposition d'une mèche, soit même par une reprise du décollement.

« Quand, de propos délibéré, on recourt, pour fermer une division congénitale, à l'opération en deux temps espacés, il est d'importance majeure de ne pas attendre plus de sept jours pour appliquer la suture. En contrevenant à ce précepte, on court tout risque de provoquer l'enroulement latéral.

« Étant donné que par l'inobservation des règles susdites, ou sous l'influence d'une cause générale, la fistule a été acquise, le procédé habituel en pont est applicable à la guérison, mais à la condition formelle d'employer la méthode en deux temps, dont cette fois on exagérera les délais.

« Les considérations qui précèdent sont également applicables aux cas, où, par le fait d'un trop grand écartement osseux, les surfaces qui limitent une division congéniale ne sont pas susceptibles de fournir un volet assez

large, pour en déterminer de prime abord l'occlusion; les ouvertures latérales qui, dans ces conditions, survivent à l'uranoplastie, pourront toujours, sauf dans les cas extrêmes, être comblées par la membrane reproduite à la surface de l'os dénudé. »

*Discussions sur les sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques.* — M. Albert Robin rappelle de nombreux mémoires qui ont déjà été publiés sur cette question, et dit que la sténose-sous pylorique était connue avant les travaux de M. Hayem. Il est d'accord avec lui pour s'efforcer de démembrer la soi-disant entité morbide connue sous le nom de maladie de Reichmann. L'ectasie gastrique qui est l'une des caractéristiques de ce syndrôme est due à un obstacle pylorique ou sous-pylorique, mais tandis que M. Hayem croit que cet obstacle est, en quelque sorte, mécanique, M. A. Robin croit que, le plus souvent, cet obstacle est fonctionnel c'est-à-dire un spasme et plus tard une contraction pylorique. En outre, tandis que M. Hayem fait de l'hypersécrétion chlorhydrique une conséquence de la sténose pylorique ou sous-pylorique, il admet, au contraire, que l'hypersécrétion est primitive et le spasme secondaire. La théorie de M. Hayem implique fatalement le traitement chirurgical, celle de M. A. Robin laisse place au traitement médical.

Comme preuves cliniques, M. A. Robin dit que l'excès d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac est, d'abord, au commencement de la maladie post-alimentaire, puis, plus tard, il devient permanent; c'est cet excès d'acide chlorhydrique libre qui provoque le spasme du pylore, en déterminant des érosions superficielles de la muqueuse.

Il se passe là ce qui se passe pour le sphincter de l'anus. Au point de vue anatomique, M. Doyen, qui est un des défenseurs autorisés de la contraction pylorique, a dit à M. A. Robin qu'il est intervenu chirurgicalement dans 46 eas de contraction pylorique et qu'il a trouvé 22 cas d'hyperstènie gastrique simple avec contracture pylorique. M. A. Robin rapporte ensuite les observations de quelques cas dans lesquels le traitement médical a produit un bon résultat.

M. Hayem répond qu'il ne croit pas la maladie de Reichmann aussi fréquente que semble le dire M. A. Robin ; pour lui il n'en a observé que deux cas pendant ces dernières années et il pense que M. A. Robin a confondu avec cette maladie des états très différents. La gastrosuccorrhée est bien le résultat d'une rétention gastrique incomplète due à un obstacle mécanique comme l'établissent les faits anatomiques.

M. A. Robin se défend d'attribuer le nom de maladie de Reichmann à des affections diverses.

M. Debove croit que M. Hayem n'a apporté que des cas extrêmement graves qui se seraient terminés assurément par la mort, s'ils n'avaient pas été opérés, mais qu'à côté d'eux on peut trouver de nombreux cas de gastrosuccorrhée plus récents et plus bénins dans lesquels le traitement médical amènera souvent la guérison.

Dr G. NIMIER.

## SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

**I. Observation d'un diabétique traité par ingestion de bleu de méthylène; disparition du sucre au bout de six semaines. — II. Application locale de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme. — III. Insuffisance tricuspidienne rhumatismale. — IV. Péritonite tuberculeuse guérie par les injections de naphtol camphré. — V. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique.**

### I

(*Séance du 7 mai.*) — MM. Pierre Marie et J. Le Goff lisent l'observation d'un homme de 48 ans, diabétique depuis huit ans.

Voici les dosages de trois jours qui ont précédé son traitement ; le malade n'avait jamais été soigné antérieurement pour son diabète.

| Dates. | Urines. | Sucre par litre. |
|---|---|---|
| — | — | — |
| 18-19 mars . . . . | 4 litres | 38 gr. 57 |
| 19-20 — . . . . | 4,500 | 42 gr. 80 |
| 20-21 — . . . . | 3,500 | 37 gr. 60 |

Le 21 mars, on commence le traitement en administrant au malade des capsules contenant 15 centigrammes de bleu de méthylène et 15 centigrammes de noix muscade : en même temps dose quotidienne de 10 grammes de bicarbonate de soude et régime alimentaire suivant :

« Le matin, vers six heures, une soupe grasse ou maigre avec pain ordinaire.

« Vers 11 heures ou midi, repas composé de poudre de viande, 50 grammes; viande rôtie ou bouillie, 100 à 120 grammes, vin 240 centilitres ; pain 66 grammes.

« Vers 5 heures du soir, repas composé de : soupe grasse ou maigre avec pain ordinaire ; viande rotie, 200 à 300 grammes ; vin, 240 centilitres; pain, 65 grammes. »

Le premier jour 2 capsules. Les deux jours suivants, 4 ; le quatrième jour, 6; ensuite jusqu'en avril, 8. Si on examine la quantité des urines rendues chaque jour, elle oscille entre 3 litres 700 et 2 litres 800 ; le sucre diminue assez rapidement pour se trouver aux environs de 10 grammes par litre, le 1er avril après dix jours de traitement; à ce moment le malade accusait une notable amélioration dans son état général.

A partir du 15 avril on ne donne plus que 4 capsules par jour; les urines restent stationnaires mais le sucre diminue progressivement; à partir du 1er mai, on n'en trouve plus.

Cette amélioration paraît assez encourageante. M. Pierre Marie expérimente le traitement chez deux autres malades et nous en donnera les résultats dans quelques semaines; à la séance du 28 mai, M. P. Marie complète sa communication, il a pu traiter deux autres diabétiques.

« L'un avait, au moment où il est entré dans le service de l'infirmerie, une quantité de glucose montant à 25 grammes en moyenne; il a été soumis au bleu de méthylène, le 9 mai; il a pris, à partir de ce jour, une dose quotidienne de 60 centigrammes de cette substance. »

Le 15 mai, 10 grammes de sucre seulement.

Du 19 au 22, 6 grammes environ.

L'observation s'arrête là.

L'autre malade avait aussi de 20 à 25 grammes de sucre par litre ; il n'a retiré aucun résultat du traitement ; il est

vrai que c'est un cachectique ayant de l'albumine dans les urines et qu'il est très indiscipliné et n'a pas suffisamment tenu compte du régime conseillé.

## II

Nous trouvons deux communications successives sur les *applications locales de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme.*

Dans la première, M. Lemoine rappelle d'abord que le salicylate de méthyle à l'intérieur avait été préconisé par Dujardin-Beaumetz, Nothnagel et Rossbach ; que MM. Linossier et Lannois, ayant trouvé qu'il s'absorbe très facilement à travers l'épiderme, l'ont employé en applications locales ; qu'ils ont rapporté au Congrès de Nancy « 24 observations d'accidents rhumatismaux, traités par cette méthode : 4 concernant le rhumatisme articulaire aigü, 11 le rhumatisme articulaire subaigü, le rhumatisme chronique noueux et déformant, et 2 le rhumatisme blennorhagique. Les résultats ont été encourageants et la disparition des douleurs surtout semble avoir été très rapide. M. Combemale, depuis, après avoir utilisé ces applications de salicylate de méthyle, s'est déclaré très partisan de cette méthode de traitement. »

M. Lemoine rapporte neuf observations : 6 cas de rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, 1 cas de rhumatisme fibreux localisé à la hanche droite, 1 rhumatisme monoarticulaire pendant la convalescence des oreillons, 1 cas de sciatique.

Les résultats obtenus chez les neuf malades ont été remarquables ; les douleurs ont toujours disparu rapidement ; la fièvre a diminué très vite.

Voici comment le traitement a été appliqué : après

avoir lavé au savon la surface de la peau, on imbibe une compresse de tarlatane sans apprêt d'une cuillerée à bouche d'essence de Wintergreen (environ 12 grammes). Cette tarlatane est appliquée ainsi mouillée sur la peau et on a soin de la recouvrir d'une toile imperméable qui dépasse de tous côtés les bords de la compresse de quatre travers de doigt. On fait cette application au point le plus douloureux, si elle est possible à ce niveau ; si le siège de la douleur est placé dans des régions où l'application d'un pansement complètement fermé est impossible, on choisira l'avant-bras ou la cuisse et on aura d'aussi bons résultats.

L'examen des urines a démontré que le salicylate de méthyle était absorbé, puisqu'il s'éliminait par les urines (1 à 2 grammes par jour).

M. Lemoine trouve cette médication externe préférable à l'usage interne du salicylate de soude parce que la douleur disparaît plus vite et que les accidents d'intolérance font presque complètement défaut.

La seconde communication sur le même sujet est de M. Siredey, qui résume 11 observations de rhumatisme articulaire, et arrive à des conclusions analogues ; les doses qu'il a employées sont moins fortes que celles du Dr Lemoine, il n'a jamais dépassé 4 à 5 grammes et s'est souvent contenté de 30 à 40 gouttes.

Il s'est bien trouvé aussi de ce traitement chez « un tabétique, présentant des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, ainsi que chez un tuberculeux atteint de mal de Pott et souffrant d'une sciatique double très intense, rebelle à toutes les autres médications. Dans les deux cas l'application du salycilate de méthyle dans les régions douloureuses, au moment des crises, a pu

remplacer les injections de morphine auxquelles les malades commençaient à s'habituer. »

M. Le Gendre est d'un avis analogue : dans le rhumatisme articulaire aigu, il préfère le salicylate de soude ; dans les formes subaiguës, les applications d'essence de Wintergreen.

M. Siredey préfère le salicylate de méthyle pur, qui agit mieux et qui sent moins mauvais que l'essence de Wintergreen (1).

## III

*Séance du 14 mai.* — M. Chauffard présente à la Société un homme atteint *d'insuffisance tricuspidienne d'origine rhumatismale.*

Il s'agit d'un homme robuste, de 48 ans, ayant eu 2 attaques de rhumatisme articulaire aigu, la première à l'âge de 23 ans, ayant duré trois semaines, la seconde à 33 ans, paraissant moins forte que la première. Six mois après la première attaque le malade a ressenti des palpitations et de la dyspnée d'effort. C'est surtout depuis la seconde attaque que le malade a souvent été arrêté par des palpitations, de l'essoufflement et de petits œdèmes des jambes.

Depuis dix ans, cet homme est entré plusieurs fois dans différents services hospitaliers ; il n'y a jamais eu d'attaque confirmée d'asystolie. Voici les signes physiques actuels :

---

(1) Tout récemment chez une personne atteinte d'une colique hépatique, j'ai essayé les applications *loco dolenti* de l'essence de Wintergreen (30 à 40 gouttes) et chaque application était suivie d'une diminution considérable dans les douleurs.



« La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal et directement au-dessous du mamelon. La palpation ne permet de constater à ce niveau aucun frémissement cataire. Le choc de la pointe est bien frappé et régulier.

« Pas de voussure de la région précordiale. La matité cardiaque, présente ses caractères normaux de forme et de dimensions.

« L'auscultation du cœur donne des résultats très remarquables. On constate l'existence d'un gros souffle rude, râpeux, systolique et coïncidant franchement comme début, avec le choc de la radiale. Le maximum de ce souffle se localise sur une surface grande comme une pièce de 5 francs et située exactement à la base de l'appendice xyphoïde, un peu plus à gauche peut-être, c'est-à-dire en plein foyer tricuspidien. A mesure qu'on s'éloigne de ce foyer, soit en remontant le long du sternum jusqu'au foyer aortique, soit en se portant horizontalement en dehors vers le foyer mitral, le souffle s'atténue progressivement et disparaît. A l'aorte, premier bruit normal et second bruit éclatant; à la pointe du cœur, premier bruit vaguement soufflant dans le lointain; dès qu'on atteint la ligne axillaire et qu'on est sorti des limites du cœur, toute propagation du souffle fait défaut. A plus forte raison le souffle n'est-il plus perceptible dans le dos. »

Les deux pouls radiaux ne sont pas absolument semblables comme amplitude, probablement à cause d'une anomalie du développement artériel.

L'examen du système veineux périphérique donne des résultats particulièrement intéressants. Au cou, pas trace de pouls veineux, par même de turgescence ou de battements du bulbe des jugulaires.

Au contraire, au niveau du foie, il existe un *pouls veineux hépatique* léger, mais manifeste. Le foie, dans la position verticale du sujet, dépasse d'environ deux travers de doigt le rebord costal, bien que son volume n'en soit pas augmenté, puisque la matité verticale sous-mamelonnaire n'est que de 10 à 11 centimètres.

Nous avons donc là un exemple d'*affection tricuspidienne rhumatismale* analogue à l'affection mitrale si commune.

C'est une observation absolument remarquable par la rareté d'une lésion localisée à cet orifice.

IV

M. Du Cazal rapporte une observation très intéressante au point de vue du résultat thérapeutique.

Il s'agit d'un homme entré au Val-de-Grâce le 4 février pour une *tuberculose pulmonaire et péritonéale*. Etat cachectique très prononcé, anorexie, température vespérale de 38 à 39° ; toux et expectoration ; les deux sommets présentaient des signes très nets d'infiltration tuberculeuse avec commencement de ramollissement à droite.

Le 20 février, ponction et aspiration de 2 litres du liquide citrin, injection dans la cavité péritonéale de 8 centimètres cubes de naphtol camphré.

Dès le lendemain, la fièvre tombe pour ne plus revenir, l'appétit renait, l'amélioration est complète ; le malade a engraissé de 14 livres en trois mois et, chose remarquable, les poumons se sont améliorés au point que les signes d'infiltration et de ramollissement ont complètement disparu. Le malade ne tousse ni ne crache.

M. Gaucher signale un nouveau traitement de l'eczéma aigu ; dans ses recherches bibliographiques, il a trouvé

qu'un médecin anglais, le Dr Mac Lannan (de Glascow), l'avait déjà employé avec succès.

Il emploie une solution aqueuse d'acide picrique au centième, avec laquelle il badigeonne les surfaces malades et, par dessus, il applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibée de la même solution ; il laisse ce pansemont en place pendant deux jours. « Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué, quelquefois même disparu ; l'épiderme commence à desquamer. On recommence la même application picrique et le même pansement tous les deux jours et, au bout de peu de temps, l'inflammation aiguë est guérie. »

Cette application calme aussi très rapidement les démangeaisons.

Dr Marc Jousset.

---

## REVUE DES JOURNAUX

### ACTION DU BLEU DE MÉTHYLÈNE SUR L'ALBUMINURIE.

Le bleu de méthylène paraît avoir une action vraiment remarquable sur l'albuminurie liée aux différentes formes du mal de Bright, soit dans la néphrite parenchymateuse aiguë, soit dans le mal de Bright chronique lié à l'artério-sclérose.

Dans 7 cas où M. Lemoine (de Lille) a employé cette substance, il a obtenu trois fois la disparition complète de l'albuminurie en peu de jours, et quatre fois une amélioration notable et rapide.

Le bleu de méthylène s'élimine très rapidement par les urines, sans provoquer de congestion du rein. Il est complètement inoffensif à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par vingt-quatre heures ; le seul inconvénient qu'il présente, c'est de provoquer quelquefois un peu de cuisson au méat pendant la miction, mais cet inconvénient peut être évité en associant de la noix muscade au bleu de méthylène (*Semaine médicale*, 5 mai).

---

L'IODOTHYRINE (EXTRAIT THYROÏDIEN) DANS LE GOITRE ET LES ADÉNOPATHIES CHEZ LES ENFANTS.

M. Lanz rapporte un certain nombre d'observations de goître chez des enfants guéris par l'iodothyrine (0,30 deux fois par jour).

Lanz rapporte en outre 5 observations « d'adénopathies scrofuleuses » récidivantes, dans lesquelles l'emploi de l'iodothyrine a donné des résultats assez satisfaisants, la tuméfaction ayant, dans tous ces cas, diminué très notablement (*Médecine moderne*, 17 avril).

---

ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LA CAFÉINE EN INJECTIONS HYPODERMIQUES.

M. Dalché communique à la Société de thérapeutique une observation relative à des troubles cérébraux graves (excitation, délire) survenus chez une diabétique légèrement albuminurique, consécutivement à l'emploi de la caféine en injections sous-cutanées. La dose injectée par vingt-quatre heures était de 1 gramme en quatre fois. Il s'agit, pour l'orateur, d'un de ces cas d'idio-syncrasie que l'on est obligé d'admettre à défaut d'autre explication.

M. Le Gendre reconnaît que des doses minimes de caféine, le café noir même, peuvent produire des accidents analogues (*Semaine médicale*, 31 mars).

---

TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LE SÉRUM ANTITÉTANIQUE.

M. Robek rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans, pris, huit jours après une blessure à l'orteil, de raideur de la nuque et l'articulation temporo-maxillaire. A son arrivée à l'hôpital, opistothonos, raideur des membres inférieurs; bouche presqu'impossible à ouvrir, trois injections de sérum antitétanique amenèrent la guérison complète (*Médecine moderne*, 17 mai).

---

TUMEUR BLANCHE DU GENOU GUÉRIE PAR LA MÉTHODE SCLÉROGÈNE (INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC).

M. Walther montre dans son service à la Charité une petite malade atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche ayant débuté il y a dix-huit mois, et qu'il se propose de traiter par la méthode sclérogène du Dr Lannelongue. L'intérêt que présente cette jeune malade, c'est que le Dr Walther l'a déjà soignée en 1891 pour une tumeur blanche du genou droit, par le même moyen (deux séries d'injections au chlorure de zinc à un mois de distance, puis immobilisation de la jointure).

La guérison fut obtenue en un an et demi. Actuellement on peut constater que ce genou est absolument guéri : il n'y a plus trace de fongosité ni d'épanchements et les mouvements sont absolument normaux.

Depuis, la jeune malade a présenté une ulcération tuberculeuse dans le pli inguino-crural droit, qui guérit après extirpation au bistouri. L'examen bactériologique

démontre la nature tuberculeuse de la lésion (*Semaine médicale*, 24 mars).

---

### DU RÉGIME LACTÉ CHEZ LES DIABÉTIQUES

Le lait contenant une grande quantité d'un sucre spécial, la lactose (50 grammes par litre pour le lait de vache), a été considéré comme nuisible pour les diabétiques, et Bouchardat affirme qu'il a vérifié plusieurs fois qu'en ajoutant un litre de lait au régime d'un diabétique on augmente le sucre de ses urines de 50 grammes, représentant assez exactement la quantité de lactose absorbée.

Au contraire, Dongkin a recommandé comme traitement du diabète la diète lactée absolue, qu'il administre écrémé tiède à la température de 37 à 40°, à l'exclusion de tout autre aliment jusqu'à disparition complète du sucre.

M. Œttinger s'est livré à des recherches cliniques à ce sujet et parait se rallier à une opinion intermédiaire, c'est-à-dire qu'il croit que le lait dans le régime du diabétique est ordinairement plutôt favorable ; il rapporte quelques observations à l'appui :

Le premier cas concerne un malade âge de 55 ans, qui a été soigné depuis 1879, c'est-à-dire depuis dix-huit ans, pour une néphrite chronique et qui, à plusieurs reprises, a eu des accidents divers, de l'œdème des membres inférieurs, de l'oppression, de la céphalée, mais ces manifestations urémiques ont été relativement rares et ont été souvent remplacées par de longues périodes de bonne santé relative.

Au mois de novembre 1896, le médecin qui le traite

songe à la possibilité d'un diabète en évolution, car il existe depuis quelque temps non seulement une polyurie excessive, mais encore une polydipsie très prononcée; les urines examinées contiennent, en effet, de très grandes quantités de sucre.

Lorsque nous vîmes ce malade peu après, le dosage du sucre dans les urines en révélait une proportion de 34 gr. 02 centigrammes par litre, c'est-à-dire de 240 grammes environ dans les vingt-quatre heures, la quantité des urines s'élevant à 7 litres environ; le taux de l'urée était de 54 grammes par vingt-quatre heures.

Comme notre malade nous racontait qu'il avait été atteint jadis de néphrite, — quoiqu'il n'existât plus trace d'albumine dans les urines — et comme, d'autre part, il existait un œdème prononcé des membres inférieurs en même temps que des symptômes non douteux de myocardite chronique, nous instituâmes tout d'abord le régime lacté absolu, ne jugeant pas que le régime ordinairement prescrit dans le diabète fût très approprié, alors qu'il existait des signes précurseurs et menaçants d'insuffisance rénale et cardiaque.

Cinq jours après, sans qu'aucune autre médication eût été suivie, *toute trace de sucre* avait disparu des urines, dont la quantité tombait progressivement à 5 litres, puis à 3 litres, puis à 2 litres 1/2 et à 2 litres.

En même temps, les œdèmes des membres inférieurs s'étaient dissipés, et, grâce au repos, le cœur était devenu beaucoup plus régulier. L'absence du sucre se maintient — avec une réapparition passagère de vingt-quatre heures, à la suite d'une fatigue — pendant plus de huit jours, jusqu'au moment où le malade, dégoûté du lait et se plaignant d'une grande lassitude, fut remis au régime ordinaire.

Très rapidement la quantité de sucre monte à 40 grammes, puis à 45 grammes, puis à 165 grammes en vingt-quatre heures; en même temps la soif devient plus vive et la quantité des urines augmente.

C'est alors que nous prescrivons un régime composé de 1.500 grammes de lait, d'œufs, de viandes, de légumes verts, etc., et nous voyons très rapidement, en trois jours, la quantité de sucre tomber à 85 grammes, puis 38, puis 0 gramme. La polyurie, la polydipsie ont entièrement cessé et le malade se sent plus vigoureux et plus dispos; la grande fatigue qu'il éprouvait au début, à l'occasion du moindre effort, ne se reproduit plus. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plusieurs mois, la guérison s'est maintenue.

M. Œttinger rapporte deux autres cas aussi favorables et il en a observé plusieurs autres (*Semaine médicale*, 17 février).

---

DU SALICYLATE DE MÉTHYLE PUR DANS LE RHUMATISME

Nous avons signalé dans l'*Art médical* l'usage des applications d'essence de Wintergreen dans le rhumatisme et les névralgies, applications suivies ordinairement d'un soulagement rapide, mais désagréables à cause de l'odeur très marquée et très persistante de cette substance.

L'essence de Wintergreen étant un salicylate de méthyle impur, le Dr Gilbert Lasserre a eu l'idée d'essayer de donner le salicylate de méthyle pur obtenu chimiquement; il en fait prendre 50 centigrammes par jour et prétend en deux jours avoir fait disparaître les douleurs les plus violentes et guéri les rhumatismes articulaires les plus intenses.

Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Salicylate de méthyle chimiquement pur . . . . . . . . . . . . . . . | 1 cent. c. |
| Sirop de punch. . . . . . . . . . . | āā 100 gr. |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . | |

à prendre par cuillerées à bouche dans les quarante-huit heures (*Semaine médicale*, 17 février).

---

## VARIÉTÉS

### L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

Nous venons d'obtenir de Mme la baronne de Bœnninghausen, propriétaire du caveau de Hahnemann, l'autorisation définitive d'élever sur la tombe du fondateur de l'homœopathie un monument en rapport avec l'importance des souscriptions que nous recevrons.

Les négociations ont été longues par suite de nombreux temps d'arrêts, occasionnés par des maladies, et des retards de correspondance.

Au mois d'octobre 1896, la Société homœopathique française désigna trois de ses membres, le Dr Boyer, le Dr Parenteau et moi-même, pour s'occuper de l'acceptation de Mme de Bœnninghausen. Ce ne fut que le 8 mai 1897 que nous avions terminé les réglements vis-à-vis de la famille.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

J'adressai le 13 mai 1897 à M. Cloquemin une lettre de remerciements pour Mme de Bœnninghausen, et en même temps l'expression de notre reconnaissance pour

lui-même car, dans cette affaire, il s'est montré un intermédiaire extrêmement puissant et influent.

Voilà donc la première partie de l'œuvre du tombeau de Hahnemann achevée. Nous avons l'autorisation de la famille pour restaurer la tombe du fondateur de l'homœopathie et pour l'entretenir *à perpétuité*; ce dernier point est important à noter.

C'est au Comité international d'agir maintenant, et j'attends ses ordres en ma qualité de secrétaire. Eu égard aux distances et à l'éloignement des membres du Comité, il y aura obligation forcée de confier la direction matérielle de l'œuvre soit à la Société homœopathique française soit au secrétaire du Comité, car il faut être sur les lieux mêmes pour diriger le travail. Mais cela est la troisième partie de l'entreprise. Comme on ne peut jamais calculer d'avance l'importance d'une souscription, il est inutile de débattre la question de la nature et de l'importance de la restauration de la tombe avant d'avoir l'argent recueilli.

La seconde partie de l'œuvre est donc certainement la plus difficile : c'est la partie financière, et c'est là où le Comité international peut nous rendre les plus grands services.

Voici ce que je lui proposerai : chaque pays, où se pratique l'homœopathie, devrait avoir un sous-comité, destiné à recueillir l'argent de la souscription. C'est ainsi que chaque société nationale devrait recueillir dans son pays les sommes plus ou moins modestes des fervents de l'homœopathie pour le tombeau du Maître.

En France, la Société homœopathique française souscrira, et j'ai l'intention de demander à la Société l'autorisation de publier des imprimés que médecins et phar-

maciens distribueront aux clients, comme cela s'est fait en Amérique pour le monument d'Hahnemann à Washington. Il serait bon même que dans chaque pharmacie, il y ait une pancarte, avec le titre : « Pour le tombeau de Hahnemann, souscription internationale ».

Je proposerai également que la *Revue homœopathique française*, journal de la Société, publie les listes de souscriptions, et que l'argent soit recueilli par un trésorier, qui le déposerait soit au Crédit lyonnais, soit à la Banque de France.

Nous avons deux ans pour recueillir les souscriptions ; un an suffit largement pour discuter les plans et restaurer la tombe ; l'inauguration du tombeau, aurait lieu au moment du Congrès homœopathique international de 1900 à Paris.

Telles sont les propositions que j'émets en ma qualité de secrétaire ; notre distingué président du Comité international, le Dr Brasol, de Saint-Pétersbourg, se chargera de recueillir les avis du Comité, et de m'envoyer des ordres en conséquence.

Il s'agit donc maintenant d'implorer la générosité des homœopathes. Nous espérons bien que les adeptes du *similia similibus curantur* sont assez nombreux dans le monde pour faire de ce tombeau de Hahnemann une manifestation imposante de leurs convictions (*Revue homœopathique française*).

Dr François Cartier.

# TABLE DES MATIÈRES

---

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

# L'ART MÉDICAL

# L'ART MÉDICAL

JOURNAL

## DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

## DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

| | |
|---|---|
| HISTOIRE NATURELLE | NOSOGRAPHIE |
| ANATOMIE | ÉTIOLOGIE |
| PHYSIOLOGIE | SÉMÉIOTIQUE |
| HYGIÈNE | ANATOMIE PATHOLOGIQUE |

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE
TOME LXXXV

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1897

# L'ART MÉDICAL

JUILLET 1897

## PATHOLOGIE GÉNÉRALE

### DEUXIÈME CONFÉRENCE

*De la cause et de la thérapeutique.*

Mesdames, Messieurs, dans notre précédente conférence, nous avons défini l'homme. Nous avons dit que l'homme était constitué essentiellement par l'union de l'âme et du corps; que cette union était telle qu'il n'y avait ni une âme purement spirituelle, ni un corps soumis aux seules lois de la physique et de la chimie, mais un être nouveau : l'*homme*. Nous avons dit que les actes et les souffrances n'étaient ni de l'esprit, ni du corps, mais étaient de l'homme tout entier. Ensuite nous avons étudié la maladie; nous avons vu que la maladie n'était point un être ; que la maladie était un mal, était une négation. Nous avons donc considéré la maladie comme un *état*; en examinant ses caractères, nous avons trouvé que cet état avait les caractères de l'espèce, en sorte que nous l'avons considéré comme une espèce par analogie.

### III. DE LA CAUSE

Aujourd'hui, nous aborderons, dans notre première partie, la grande question des causes des maladies, question qui a soulevé des discussions dans toute la tradition

et qui en soulève encore aujourd'hui. Cependant, si la maladie est un mal, il semble naturel de conclure que l'origine comme la cause de la maladie est absolument la même que l'origine et la cause du mal en général. Aussi, de même qu'il y a des philosophes qui soutiennent que le mal moral n'est point dans notre nature, qu'il est de cause externe, de même il y a des médecins qui soutiennent que la maladie est toujours de cause externe.

Dans la doctrine qui considère le mal moral, comme de cause externe, l'homme serait un être parfait; et, s'il a tant de vices, tant de défauts, si on constate tant de crimes dans l'humanité, cela tiendrait tout simplement à la société, qui est mal organisée.

La même doctrine se retrouve en médecine et il y a une école qui considère les maladies comme étant toujours de cause externe.

Il y a donc, en médecine, des écoles nombreuses, puissantes qui existent encore aujourd'hui, qui soutiennent que l'homme est un être... parfait (ce serait trop dire) mais un être suffisamment équilibré pour que jamais il n'y ait de maladie spontanée. Non seulement cela s'est soutenu dans la tradition, mais, de nos jours encore, beaucoup de médecins appartenant à l'école microbienne soutiennent qu'il n'y a jamais de *spontanéité morbide*, en sorte que, si l'homme est malade, la maladie lui vient du dehors. Voici l'exemple qu'ils prennent : quand un microbe pathogène pénètre dans l'économie, s'il parvient à triompher des obstacles que lui apporte l'organisme vivant, il se multiplie, sécrète ses poisons, et la maladie est établie ; donc les maladies viennent du dehors. Cette opinion a été combattue de tout temps; et l'opinion contraire, celle qui professe que la maladie vient de l'homme, a pour elle la tradition, qui a toujours reconnu des *maladies de cause interne*.

Cette dernière opinion, que je vais m'efforcer de défendre aujourd'hui, enseigne que l'homme est un *être malade*; quand il n'est pas malade, en acte, il est malade en puissance. Dans cette doctrine l'homme est un être déséquilibré, il porte en lui le germe des maladies; en un mot, cette sentence : « Morte morieris » est vraie : « Tu mourras de mort, tu seras malade et tu souffriras ». Ce ne sont pas là des arguments scientifiques, je le veux bien, mais ils appartiennent à la tradition et font comprendre parfaitement le caractère de la doctrine que je veux défendre.

Comment ferais-je pour prouver que les maladies sont de cause interne? Comment ferai-je pour démontrer que c'est l'homme, que c'est son organisme déchu qui fait sa maladie? J'interrogerai la méthode expérimentale ; c'est celle à laquelle nous sommes accoutumés, nous médecins. Voici ce que je ferai : je prendrai toutes les catégories de causes externes, je les présenterai devant l'organisme; et, si je trouve qu'aucune de ces causes, si puissante qu'elle soit, n'est capable de produire une maladie par elle-même, j'aurai prouvé que la maladie ne vient pas de cause externe, qu'elle ne vient pas de l'extérieur; qu'elle vient, comme je vous le disais tout à l'heure, d'une disposition de l'organisme, disposition héréditaire et congénitale que nous appelons la *prédisposition définie* ; car, dans les sciences, toute doctrine doit conclure à un nom et à une définition.

Les causes qui produisent les maladies peuvent se diviser naturellement en causes traumatiques, causes banales, contagion sans microbe et contagion avec microbe. Je ne connais pas d'autres causes. Or, encore un coup, si nous démontrons qu'aucune de ces causes ne peut produire la maladie par sa seule puissance, nous

aurons démontré l'inanité de la théorie qui soutient que les maladies sont de cause externe.

Eh! bien, le *traumatisme*, c'est une chose simple, le traumatisme; c'est une cause qu'on voit; ce n'est pas une cause hypothétique: on la voit, on la mesure. Que produit, dans l'organisme vivant, le traumatisme? Il produit une *lésion* et il la produit à coup sûr, il la produit comme une cause produit son effet. Le traumatisme est bien une cause externe qui produit une lésion, mais la lésion n'est pas une maladie, et je vous prie de vouloir bien faire cette distinction. Supposez un coup de feu qui vient fracasser un organisme : voilà la lésion; elle est en proportion avec la violence de la cause. La cause est bien là véritablement la cause, puisque l'effet lui est proportionnel, et qu'est-ce qui va se passer? Un travail de l'organisme va se faire près de cette lésion, à l'occasion de cette lésion. Mais ce travail de l'organisme n'est plus sous la dépendance de la cause externe, il est spontané et varie avec chaque animal; ce travail de l'organisme, voilà la maladie.

Eh! bien, examinons un peu ce que produisent les lésions chez les différents animaux. Que la même lésion traumatique soit infligée à un requin, par exemple, à un animal à sang chaud et à l'homme. Le poisson ne souffre pas des suites de sa lésion Si elle ne l'a pas tué du coup, cette lésion suscitera un travail local sans réaction aucune; elle se réparera et l'animal ne s'en ressentira pas. Si c'est un animal à sang chaud, ce sera déjà différent; le travail local qui se fera autour de la lésion, pour réparer la lésion, s'accompagnera d'une réaction générale; il y aura déjà quelque chose de plus. Mais, presque toujours, les animaux, quand une lésion traumatique ne les tue pas sur le coup, guérissent. S'il s'agit de l'homme, c'est autre chose, et je parle de l'homme abandonné à lui-même, je ne parle pas des mer-

veilleuses ressources de l'antisepsie, qui le place un peu dans la situation du poisson,qui empêche les accidents de la lésion,mais de l'homme abandonné à lui-même ou comme il était il y a trente ans. Si vous vous rappelez ce qui se passait dans nos ambulances, pendant la guerre, autant de blessés, autant de morts. Chez l'homme, la réaction est donc une vraie maladie qui présente des différences individuelles considérables; la même blessure passera presque inaperçue, déterminera une réaction peu dangereuse sur un individu; sur un autre, elle déterminera la mort. Je vous prie de méditer cet exemple : chez l'homme où les accidents sont si terribles, vous verrez des différences extraordinaires; tel homme supportera un délabrement considérable, et il se rétablira; tel autre, pour une écorchure, mourra. Eh! bien, qu'est-ce que nous pouvons conclure de tous ces faits? Ce ne sont pas des raisonnements cela, ce sont des faits. Qu'est-ce que nous pouvons en conclure? C'est que, suivant l'organisme et suivant l'individu, le travail de réaction qui se fait à l'occasion du traumatisme sera différent. C'est que le traumatisme, comme cause, disparaît entièrement ici, qu'il n'est pour rien dans le travail de réaction, que c'est l'organisme de l'animal blessé qui va tout faire; et nous arriverons à cette loi qui explique bien les phénomènes d'après la *prédisposition définie* et qui peut servir pour toutes les autres catégories de causes. Cette loi est celle-ci: *chaque animal pâtit suivant son espèce et, dans chaque espèce,chaque animal pâtit suivant sa nature propre*; cette loi est la confirmation de ce que je vous ai dit, que c'était la nature propre de l'individu, c'est-à-dire l'organisme qui faisait sa maladie.

Si nous faisons le même travail pour les *causes banales* (vous savez, la cause banale, c'est le froid, le chaud, c'est

de trop manger, c'est de ne pas manger assez, c'est la fatigue, c'est l'insomnie, ce sont les secousses morales : voilà ce qu'on appelle les causes banales), eh! bien, ici, la question n'est pas difficile : jamais les causes banales n'ont produit de maladies déterminées; il n'y a pas de difficulté sur ce point. Nous voilà, dans cette salle, réunis un certain nombre; supposez qu'en sortant il tombe de la pluie sur nous tous (c'est une cause banale), beaucoup resteront indemnes, d'autres auront un rhume, une douleur, une colique. Vous voyez que la cause n'est pour rien dans la production de la maladie. Ce n'est qu'un instrument, une occasion qui fait que, chez nous, l'organisme développe une maladie particulière, mais il n'y a pas, entre la cause, le froid, le chaud, la pluie, le manque de nourriture, l'excès de nourriture, entre ces causes-là et la production de la maladie, il n'y a pas d'autre relation que celle d'une *occasion*.

Nous arrivons maintenant à un cas déjà plus difficile : je parle de l'action de la *contagion* en dehors des microbes, parce que je désire diviser ce sujet. Les *fièvres éruptives*, par exemple, n'ont pas de microbes, ou, au moins, on ne les connaît pas encore. Les fièvres éruptives ne viennent jamais sans une contagion. Vous me direz donc : « Eh bien, la contagion, voilà la cause, ici, puisque l'effet ne se produit pas en l'absence de la cause. » C'est vrai, mais ce n'est que la moitié de la vérité. Si les fièvres éruptives ne surviennent pas sans contagion, beaucoup de personnes échappent à la fièvre éruptive, malgré la contagion; la contagion ne produit pas toujours la fièvre éruptive, ce qui aurait lieu si la contagion était une cause réelle qui produise toujours son effet. Ainsi voyez une épidémie de scarlatine, par exemple, de petite vérole, eh! bien, les uns sont pris, les autres sont laissés; et

scrutez un peu le détail, ceux qui sont pris ne le sont pas tous de la même manière : les uns ont une scarlatine grave, les autres une scarlatine bénigne, d'autres une scarlatine hémorragique. Pourquoi cela ? C'est toujours la même contagion, c'est toujours la même cause. Et pourquoi l'effet est-il si différent? L'effet est différent parce que l'organisme ne perd jamais ses droits, que l'organisme est là et que c'est lui qui permet à la cause, je dirai *instrumentale* (c'est son nom), d'agir ou de ne pas agir. S'il la repousse, cette cause, il n'est pas malade; s'il l'accepte d'une certaine manière, il aura une maladie bénigne, et d'une autre manière, il aura une maladie grave. Ainsi, d'une part l'*immunité* d'un grand nombre de personnes, de l'autre les *formes* différentes qu'affecte la maladie, démontrent que la contagion n'est, en somme qu'une cause *instrumentale*, c'est-à-dire un instrument qui peut être nécessaire pour le développement de la maladie, mais qui est insuffisant à la développer par lui-même; il ne peut la développer qu'avec le concours de l'organisme.

Pour la *maladie microbienne*, le rôle de l'organisme est encore plus évident. Vous savez quelle importance on a accordée aux microbes, dans ces derniers temps. C'était, d'après les partisans des maladies de cause externe, la victoire complète, car, enfin, on reproche aux anciens d'avoir regardé comme causes de simples hypothèses, mais le microbe, ce n'est pas une hypothèse, cela se voit, cela se cultive, cela se multiplie, cela s'inocule; ce n'est pas une hypothèse, c'est un fait. C'est l'attaque la plus formidable qui ait été jamais donnée à la théorie, à la doctrine des causes internes. Cela paraissait si logique! Ainsi, nous prenons ce microbe, nous l'inoculons à tel animal et nous reproduisons la même maladie

comme quand nous prenons une graine, que nous la semons et que nous recueillons la même plante.

Vous savez quelle a été l'influence de ces idées-là. Elles ont été répandues dans le public beaucoup trop, et d'une manière peu intelligente souvent ; il y a eu une terreur folle, le public s'est affolé, et à tel point, même, si c'était possible, d'empêcher les mères de soigner leurs enfants, dans la crainte de prendre la maladie. Eh ! bien, tout cela, c'était une illusion. Ce qui semblait prouvé, il y a quinze ans, n'existe plus aujourd'hui. Les travaux des médecins qui s'occupent de bactériologie et, parmi eux, les plus sérieux et les plus importants, ont démontré que le microbe n'était pas une cause fatale de maladie. Ils ont commencé par démontrer que le même microbe pouvait produire plusieurs maladies différentes, ce qui n'arrive pas pour une cause, et qu'une même maladie pouvait être produite par plusieurs microbes différents. Cette constatation, qui n'a pas été niée et qui ne peut pas l'être, a déjà sapé par sa base la doctrine qui veut faire du microbe pathogène la cause absolue de la maladie.

Étudions, si vous voulez (et ce sera une manière de rendre ma démonstration plus convaincante), les conditions dans lesquelles le microbe pathogène agit. Si vous prenez un lot de lapins et un lot de cobayes et que vous leur inoculiez une culture pure de tuberculose sous la peau, avec la lancette, qu'est-ce qui va arriver ? Tous les cobayes vont être tuberculeux et un certain nombre de lapins vont échapper à cette tuberculose. Vous voyez déjà, pour ce bacille de la tuberculose, que le même produira, dans un cas, un effet certain, et, dans l'autre, un effet incertain, ce qui n'est pas déjà le propre d'une cause. Si vous poursuivez plus loin votre examen (je ne voudrais pas vous ennuyer de ces détails, mais ils sont néces-

saires), vous verrez que la tuberculose, chez le lapin, ira attaquer le poumon, et, chez le cobaye, elle ira frapper les ganglions lymphatiques et, en particulier, la rate. Pourquoi cela? Pourquoi cette cause qui doit gouverner la maladie est-elle gouvernée par l'organisme des lapins et des cobayes? Mais la preuve va devenir encore bien plus puissante si vous prenez un autre animal, un chien. Vous pouvez en inoculer beaucoup chez lesquels l'inoculation demeurera stérile : l'organisme de l'animal résistera à ce microbe pathogène;il n'en veut pas,il y résiste.Ce microbe n'est pas une vraie cause,c'est l'organisme qui est la cause. Enfin prenons l'homme lui-même..., ce n'est pas qu'on se soit amusé à inoculer la tuberculose à l'homme, mais il est arrivé que des chirurgiens et des médecins, en faisant des autopsies, en faisant des opérations, se sont blessés, se sont inoculé la tuberculose On ne peut pas vous dire dans quelle proportion, parce que, toutes les fois qu'on se pique en faisant une autopsie, on ne va pas le raconter, mais enfin j'ai recueilli 17 faits qui ont été publiés, 17 faits dans lesquels la piqûre a été suivie d'une inoculation locale, c'est-à-dire que, dans l'endroit où le virus ou le microbe, pour l'appeler par son nom, a été introduit, il s'est fait une petite tumeur tuberculeuse pour ces 17 cas; dans un nombre de cas dont je ne me souviens pas exactement, les ganglions, auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques qui venaient de la piqûre,se sont pris, et enfin, deux fois seulement sur 17 cas, l'homme est devenu phthisique, ce qui vous prouve qu'il est bien moins disposé à la tuberculose que le cobaye, parce que les cobayes deviennent toujours tuberculeux après l'inoculation. Et je ferai remarquer une chose : c'est que les deux personnes qui sont devenues phtisiques (l'une était le grand Laënnec, fils de phtisique, et l'autre était la mère d'un poitrinaire) étaient toutes deux de race phti-

sique ; en sorte qu'ici l'inoculation a trouvé un terrain favorable, puisque c'étaient des individus qui, héréditairement, étaient disposés à la phtisie. Vous voyez que l'inoculation même (l'inoculation est un procédé sûr, les autres, ne le sont pas) l'inoculation produit des effets différents chez les différents animaux et chez les différents individus; la loi que je formulais tout à l'heure se trouve vérifiée : *chaque animal pâtit suivant son espèce et chaque individu suivant sa nature propre*. Ainsi voilà, d'une part, l'*immunité* de certaines espèces, l'*immunité* d'un grand nombre d'individus, dans la même espèce, qui met à l'abri de la tuberculose. Vous voyez, d'autre part, que la tuberculose sévit tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, suivant l'espèce qui est inoculée. Vous voyez donc que la tuberculose elle-même est placée sous la dépendance, sous le gouvernement de l'organisme vivant, qu'elle n'est pas une cause, ou plutôt qu'elle est une cause banale. C'est l'expression dont s'est servi Charrin. Je trouve que le microbe pathogène est plus qu'une cause banale, je trouve que c'est une cause instrumentale, parce que c'est une cause qui a plus d'action sur l'organisme que les causes banales ; mais, néanmoins, ce n'est pas une cause réelle, et la raison pour laquelle je dis que ce n'est pas une cause réelle, c'est qu'elle ne produit pas ses effets fatalement, loin de là, et que ces effets sont toujours subordonnés à l'organisme, et varient suivant les espèces et suivant les individus dans la même espèce.

Je veux vous parler d'un troisième argument. On a dit que les maladies à microbes n'étaient jamais spontanées. Vous comprenez quelle importance j'attache à cette question, car, si la maladie est spontanée, elle vient donc, sans cause externe, elle vient donc de l'individu lui-même. Nos adversaires ont dit : « Il n'y a pas de maladie

spontanée ». Il y avait un grand clinicien, mort il y a quatre ou cinq ans, et qui a été traité de ramolli parce qu'il a soutenu que les maladies pouvaient être spontanées. La bactériologie est arrivée à ce point de passionner certains adeptes et de les porter à injurier des gens absolument respectables comme était le professeur Peter. Eh bien, il faut attendre, dans le monde de la science comme ailleurs, et les preuves arrivent. Léon Collin a publié deux histoires d'épidémies de fièvre typhoïde dans lesquelles il faut admettre la spontanéité. Ainsi je lisais qu'en 1882 un bataillon habitant Grenoble s'est transporté au hameau de la Bordelière. Quand le bataillon a quitté Grenoble, il n'existait pas un seul cas de fièvre typhoïde ni à la ville ni à l'endroit où arrivait le bataillon. C'était un petit hameau composé de quelques feux, il n'y avait pas de fièvre typhoïde. Les soldats habitaient sur un plateau avec des eaux excellentes. Le bataillon y est resté trois mois sans aucune maladie, et, au bout de trois mois, la fièvre typhoïde est venue. On ne peut nier que dans ce cas la fièvre typhoïde soit venue par le travail de l'organisme.

Il y a un autre fait, c'est encore celui d'un bataillon, ou plutôt d'une compagnie, qui a quitté Carpentras pour aller au hameau d'Uzès, et chez laquelle les mêmes phénomènes se sont produits, c'est-à-dire qu'il a pu rester trois mois séparé de toute espèce de contagion possible et que, cependant, la fièvre typhoïde s'est développée dans ce cas-là.

Le choléra (dans le temps, j'ai été avec ceux qui soutenaient que le choléra était toujours importé, mais il faut revenir sur cette opinion), le choléra a envahi la Bretagne, en 1888, par Concarneau, qui est un petit port de mer où il n'y a que des pêcheurs, où jamais un bateau arrivant des

grandes Indes n'a abordé. Dans la dernière épidémie d'Espagne il n'a pas été possible de trouver le point d'importation ; enfin quand le choléra a envahi la banlieue de Paris, il a commencé à Nanterre, par un vieillard de l'asile. Où avait-il pris le choléra ce vieillard ?

Les partisans de la cause externe : répondent par une théorie qu'ils appellent le *microbisme latent*. En quoi consiste cette théorie? Vous allez voir que c'est très effrayant : nous portons tous en nous-mêmes les microbes les plus dangereux. Ainsi, en examinant les fosses nasales et la gorge, on trouverait beaucoup de personnes qui ont là le microbe de la tuberculose. Quant au microbe de la pneumonie, il est très fréquent dans la bouche ; tous les microbes se trouvent dans la bouche, dans l'estomac et surtout dans l'intestin où il y a une quantité considérable de bacilles, qu'on appelle, *bacillum coli*. Il ressemble tellement à celui de la fièvre typhoïde qu'il est très difficile de le distinguer et que des médecins de Lyon croient que c'est le même.

On nous objecte : Mais les gens qui ont contracté la fièvre typhoïde, ce n'est pas étonnant, ils avaient le bacille en eux. « Qu'en savez-vous d'abord ? Vous n'en savez rien, parce que, si le microbe de la pneumonie existe toujours dans la bouche, le microbe de la fièvre typhoïde, se voit plus rarement dans l'organisme. Enfin c'est une supposition, mais alors, que faisait-il là ce microbe ? Il était l'*hôte habituel* et *inoffensif de notre économie*, comme on dit. Qu'est-ce donc que cette cause si puissante qui peut engendrer une maladie et qui peut vivre en nous pendant un temps infini sans se manifester par aucun symptôme ? »

Il y a encore d'autres faits qui viennent confirmer notre opinion : un élève de Pasteur a trouvé, dans les eaux de la

Seine et dans les eaux de Versailles, ce qui est plus grave, en un temps où il n'y avait pas d'épidémie, le bacille du choléra, en sorte que vous buvez ce bacille sans vous en douter et sans avoir le choléra. Vous voyez bien que tous ces faits réunis démontrent non pas l'inanité du microbe, — ce n'est pas ce que je veux prouver, — mais démontrent que l'action du microbe est subordonnée à l'organisme, que c'est l'organisme qui le reçoit ou qui ne le reçoit pas, et quand l'organisme a pris ce microbe pour faire une maladie, il la fait à sa manière. C'est l'organisme qui reste le maître, parce que c'est l'organisme qui est la cause véritable des maladies. En sorte que nous pouvons terminer ce chapitre d'étiologie par une phrase qui appartient à Démocrite, quoique ce soit Hippocrate qui l'ait rapportée ; phrase qui exprime parfaitement ma pensée sur l'homme malade : « *Totus homo ex nativitate morbus est* : L'homme tout entier, depuis sa naissance, est maladie. » Par conséquent, les causes externes, les causes traumatiques, les causes banales, les microbes ne sont que des instruments qui servent à faire jouer ces dispositions innées que tout homme porte avec lui. En résumé, causes banales, virus, microbes, et prédisposition définie concourent, à des degrés divers, à la naissance des maladies, mais la prédisposition seule est nécessaire puisqu'elle est la maladie en puissance.

## IV. — DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Si on considère, d'une part, le scepticisme d'un grand nombre de médecins, de l'autre, l'enthousiasme aussi passager que passionné pour certaines médications, on pourrait se demander si la thérapeutique existe, et ce doute a été exprimé en des termes tout à fait nets par le grand Boerhaave : « Si l'on vient à peser mûrement, dit-il, le

bien que procure aux hommes une poignée de vrais fils d'Esculape et le mal que l'immense quantité des docteurs de cette profession a fait au genre humain, on pensera sans doute qu'il aurait été plus avantageux qu'il n'y eût jamais eu de médecins dans le monde ». (*Rires.*) C'est Boerhaave qui dit cela, le grand Boerhaave, et tellement célèbre qu'on lui écrivait : « A Boerhaave en Europe. » Eh! bien, nous ne pouvons pas rester sur cette condamnation-là. Il est bien certain que le bon sens vous dit que la médecine a toujours existé et qu'il faut bien qu'elle fasse quelque bien. Maintenant je vous avoue qu'elle fait beaucoup de mal (*Rires*) et je travaille, pour ma part, de toutes mes forces, à empêcher le mal qu'elle fait. Néanmoins, malgré tout, je crois à la thérapeutique; j'y crois au point d'y avoir dévoué ma vie. Du reste, j'ai une bonne parole pour cela : c'est celle-ci, je l'aime mieux que celle de Boerhaave : « *Honora medicum, etenim propter necessitatem creavit illum Altissimus* : Honore le médecin, car le Très-Haut l'a créé pour vos nécessités ». Je pense que nous avons là un papier de noblesse qui peut nous engager à étudier la thérapeutique avec quelque espoir d'arriver. (*Applaudissements.*)

Eh! bien, comment parviendrons-nous à faire, de la thérapeutique, quelque chose qui ne soit pas un amas de contradictions, de préceptes souvent dangereux, et arriverons-nous à faire ce que j'appelle une thérapeutique scientifique? Il n'y a qu'un moyen : c'est d'appliquer à la thérapeutique la méthode que nous avons appliquée aux maladies : la méthode expérimentale. Il faut rejeter les hypothèses et, dès qu'une hypothèse paraît, il faut la répudier ; il faut étudier les faits tels qu'ils se présentent.

La première question que je me fais est celle-ci : Comment guérissent les malades quand on ne les traite pas? Car,

remarquez-le bien, c'est pour cela que le mauvais médecin est si dangereux, beaucoup de maladies graves guérissent sans traitement. Comment cela se fait il? Cela se fait par cette raison que la maladie, ainsi que je vous l'ai dit, se comporte comme une espèce, elle a une évolution déterminée. Malheureusement, cette évolution est quelquefois fâcheuse! ou un organe important, nécessaire est pris, ou les forces déclinent et le malade meurt. Voilà l'évolution mauvaise. Mais il y a une évolution pour la guérison. Le professeur Bouchard a donné une explication de la guérison qui n'est peut-être pas absolument vraie, mais enfin elle fait bien comprendre ce qui se passe. Il dit : Lorsqu'un microbe pathogène est entré dans l'économie, il sécrète des toxines dangereuses pour le malade et qui empêchent la lutte de l'organisme contre la maladie. Mais, si le malade survit pendant quelque temps, ces mêmes microbes sécrètent non pas d'autres toxines, mais un autre produit qui est contraire au premier. Alors il arrive un phénomène très curieux, qu'il appelle (je vais expliquer cela après, si vous ne le connaissez pas) la *phagocytose* et l'état *bactéricide*.

Nous ne sommes pas dépourvus de moyens de défense contre nos ennemis. L'un de ces moyens, c'est ce qu'on a appelé dernièrement la phagocytose, c'est-à-dire que, quand un principe mauvais pénètre dans l'économie, aussitôt, de tous côtés, pleuvent, sur le microbe ennemi, des cellules lymphatiques qui l'enveloppent et qui le dévorent. Alors il n'y a point de maladie. Seulement, quand il y a beaucoup de microbes, le combat recommence, et ces microbes sécrètent des principes qui empêchent les vaisseaux de laisser échapper d'autres cellules lymphatiques. Alors les microbes triomphent et la maladie s'établit. Mais, enfin, il y a un moment où la phagocytose se rétablit de nouveau, et alors,

dans son fonctionnement, elle détruit le microbe, et, de plus, en même temps, les tissus prennent ce qu'on a appelé un *état bactéricide*, c'est-à-dire que les liquides et les tissus acquièrent une disposition telle que le microbe ne peut plus y vivre. Vous comprenez comment le malade guérit. Mais cette explication, très ingénieuse, contient beaucoup d'hypothèses et ne peut s'appliquer qu'aux maladies microbiennes. Disons donc plus simplement que, pendant l'évolution il arrive un moment où la cellule vivante subit un changement qui devient favorable. Ce changement, quel est-il? Nous ne le savons pas, mais nous savons très bien que, après un certain temps, la maladie rétrocède; que les symptômes s'amoindrissent, qu'ils disparaissent et que la guérison arrive. Nous savons aussi que, dans beaucoup de maladies, il en résulte une immunité acquise, c'est-à-dire que l'homme qui vient d'être malade ne peut plus être malade de cette maladie-là, pendant un temps; immunité qui nous prouve et nous fait dire que la nature de ces cellules vivantes a été modifiée, puisque, il y a un mois, ces cellules acceptaient la maladie, et qu'aujourd'hui, elles ne l'acceptent plus. Voilà comment se font les guérisons des maladies non traitées. C'est donc par les forces de l'organisme vivant, par les ressources qu'il possède pour sa conservation que s'opère la guérison des maladies non traitées.

C'est la doctrine qu'Hippocrate a exprimé dans ces deux mots : *natura medicatrix*.

Maintenant quand le malade est traité, comment se fait la guérison? Ici, on ne s'entend plus. Il y a deux écoles différentes : il y a les hippocratistes ou *naturistes*, et il y a les partisans de la thérapeutique *étiologique* ou galéniste.

Hippocrate, le père de la thérapeutique naturiste, enseignant que la maladie guérit toujours par un effort de la

nature, par un procédé de l'organisme vivant, considère le médecin comme l'interprète de la nature. Cet interprète doit étudier et connaître, comme un maître, le processus morbide, en suivre toutes les modifications et prévoir les changements qui doivent se produire afin d'appliquer le médicament convenable : « *medicus magister et interpres* ».

La thérapeutique étiologique est bien différente. Il faut, dit Galien, saisir la cause de la maladie et la détruire, parce que, quand la cause est détruite, l'effet est détruit aussi : « *Sublata causa, tollitur effectus* ». Cette doctrine est certainement beaucoup plus séduisante que celle d'Hippocrate, mais il y a une objection terrible, c'est que la cause de la maladie personne ne la connaît en dehors de la cause générale dont je vous ai parlé, la prédisposition définie. Ici il n'y a place que pour des hypothèses, car un traitement ne peut s'adresser à la prédisposition définie. Du temps de Galien on croyait que la cause des maladies était la bile, l'atrabile, le sang, le phlegme, que sais-je ? Mais, aujourd'hui qu'il est démontré que toutes ces causes sont hypothétiques, la thérapeutique étiologique s'effondre, elle n'a plus de base. La doctrine bactériologique lui avait donné une base : c'était le microbe pathogène et aussi on avait tout de suite, à l'exemple des chirurgiens, voulu faire la thérapeutique antiseptique. Seulement je vous ai démontré que cette hypothèse était fausse, qu'elle avait été florissante pendant un temps, mais qu'aujourd'hui on avait reconnu qu'elle manquait par sa base. Par conséquent, il est inutile de détruire le microbe, puisque ce n'est pas lui qui est la vraie cause de la maladie. La vraie cause de la maladie, c'est la prédisposition définie.

Les essais d'antisepsie médicale sont loin d'avoir donné tout ce qu'on en espérait. L'antisepsie dirigée contre la

maladie elle-même a été obligée de reculer devant cette énormité que, pour tuer le microbe, il fallait donner assez de substance antiseptique pour tuer le malade. Nous verrons un peu plus loin que l'antisepsie médicale n'a été utilisée que pour combattre certains symptômes. Aussi aujourd'hui plusieurs médecins parmi les plus distingués de l'école microbienne : Bouchard, Charrin et d'autres, n'admettent plus la thérapeutique étiologique antiseptique. Ils l'ont remplacé par la *thérapeutique pathogénique*, et Bouchard dit textuellement qu'il ne faut pas la confondre avec la thérapeutique étiologique. Eh ! bien, qu'est-ce que c'est que la thérapeutique pathogénique? C'est une thérapeutique qui consiste à bien connaître le processus de la maladie (c'est déjà quelque chose) et ensuite, quand la maladie semble aller vers la guérison, à la laisser tranquille, et enfin, quand elle est plus grave, à employer la sérumthérapie quand la sérumthérapie est applicable. C'est une grande chose que la sérumthérapie. Je vous en dirai quelques mots; seulement ce moyen ne s'applique qu'à quelques maladies, en sorte que, si nous voulons résumer la thérapeutique pathogénique, nous dirons que c'est de l'hippocratisme, c'est de l'expectation, à moins qu'on ait un sérum qui puisse guérir.

Eh ! bien, encore une fois, où est le salut? Comment ferons-nous pour sortir la thérapeutique de cette anarchie? Les uns sont pour la thérapeutique étiologique, les autres pour la thérapeutique pathogénique; la plupart, n'ayant ni doctrines, ni idées qui puissent les conduire dans les difficultés de la pratique, hésitent entre le scepticisme et la routine. C'est un gâchis effroyable, et c'est pourquoi Boerhaave disait que les médecins faisaient plus de mal que de bien. Il faut sortir de là. Eh bien, comment en sortir ? Il faut en sortir par la connaissance expérimentale des médicaments et par une loi d'indication po-

sitive. On ne comprend pas qu'on se serve de médicaments sans les connaître, et c'est ce qui a eu lieu jusqu'au commencement de ce siècle. Voilà le premier point: une matière médicale expérimentale. Le second point, non moins important que le premier, c'est d'avoir une règle d'indication, c'est-à-dire une règle qui vous dise comment agir. Elle ne manque pas, cette règle ; elle est de Galien. Pourquoi la laisser dormir et ne pas l'utiliser? Cette règle est magnifique de clarté et de brièveté. Elle a quatre mots : « L'indication, dit Galien, est la nécessité évidente d'une action déterminée ». Eh ! bien, si les médecins et les chirurgiens avaient toujours eu cette règle devant les yeux, s'ils n'avaient jamais agi que quand il y avait une nécessité évidente, pas une nécessité probable mais évidente d'une action, pas d'une action quelconque, mais d'une action déterminée, jamais Boerhaave n'aurait écrit ce qu'il a écrit et qui est vrai. Pourquoi ?... Parce qu'on néglige les indications. Mais ne croyez pas qu'il soit permis de faire de la médecine sans indication. On a dit : « Le médecin a le droit de vie et de mort ». C'est une légende, le médecin n'a qu'un droit, c'est de faire son devoir. Eh ! bien, son devoir, c'est de ne jamais agir sans la nécessité évidente d'une action déterminée, et moi, si je soignais un malade et que j'eusse fait quelque chose sans être protégé par cette loi d'indication, je me regarderais comme coupable de sa mort. Et combien de médecins agissent en dehors de cette loi.

Donc voilà la règle d'indication. Je ne l'invente pas, elle est de Galien ; c'est à lui qu'en revient l'honneur.

Maintenant arrivons à la *matière médicale expérimentale*.

Comment étudie-t-on la matière médicale expérimentale ? Il y a trois sources de connaissances qui servent à constituer la matière médicale expérimentale. Pour les doses non toxiques, les expériences sont faites sur l'homme

sain ; l'histoire des empoisonnements et des maladies professionnelles fournit les symptômes toxiques ; enfin l'expérimentation sur les animaux permet d'étudier plus en détail les symptômes et les lésions. Comme vous le voyez, ici plus d'hypothèse comme dans la matière médicale d'autrefois, mais des faits ; ici tout est positif : expérience faite sur l'homme, expérience faite sur les animaux, résultats des empoisonnements et des accidents professionnels. Eh ! bien, cette matière médicale a déjà été tellement étudiée que nous avons pu formuler des lois, des lois qui résument les actions des médicaments.

Ainsi, quand on donne à un homme sain ou à un animal, une dose unique d'un médicament, il se produit deux effets alternatifs opposés. Si vous injectez à un lapin une toute petite dose d'aconitine, je suppose qu'il ait 39 de température, la température va d'abord descendre à 37, quelquefois plus bas, et puis, sans que vous renouveliez la dose, elle va remonter à 40. Ainsi il y a deux effets alternatifs produits par une seule dose. Vous savez, quand on a dormi avec de l'opium, le lendemain, on ne dort plus. Vous ne savez malheureusement que trop, que quand on se purge, on développe la constipation. Ce sont des phénomènes qui se répètent malheureusement trop fréquemment.

La deuxième loi est celle-ci : un médicament a deux effets opposés, suivant que vous le donnez à une petite dose ou à une grande dose, Ainsi, si vous injectez à un animal une petite dose de morphine, vous produisez le ralentissement de la circulation et de la respiration, la diminution de la quantité des urines et l'augmentation de la chaleur. Si vous en injectez une grande dose, vous avez juste les effets contraires. Si vous donnez à un animal une dose moyenne de strychnine, vous produisez des convulsions

qui, si cela va trop loin, se terminent par la résolution et par la mort. Si vous lui en donnez une dose très forte, vous avez un effet opposé aux convulsions, c'est-à-dire tout de suite la résolution du système musculaire.

Enfin la troisième loi est celle-ci ; les médicaments ont une action opposée suivant qu'on les administre à un homme sain ou à un homme malade. Ainsi la cantharide, qui donne des urines albumineuses chez l'homme sain ou chez un animal sain, guérit l'albuminurie chez l'homme malade. La digitaline qui, dans les empoisonnements, produit une asystolie chez l'homme sain, chez l'homme malade guérit l'asystolie. Le sulfate de quinine qui, chez un homme sain, produit souvent des plaques d'érythème, des plaques même d'eczéma aigu, guérit les mêmes eczémas aigus chez l'homme malade. Je n'insiste pas davantage sur toutes ces règles. Je ne puis pas vous faire un cours de matière médicale : l'heure s'avance, mais je constate que nous avons une matière médicale expérimentale ; que tous les médecins peuvent s'en servir, s'ils le veulent, et que de plus nous avons une règle générale d'indication posée par Galien. Maintenant j'ajoute : cette règle d'indication est tout à fait insuffisante pour la pratique : elle est trop générale. Ce n'est pas cette règle d'indication qui nous dira quel médicament il faut donner dans un cas déterminé. Il faut une règle particulière indiquant la convenance d'un médicament dans un cas morbide déterminé.

Eh ! bien, nous trouverons trois règles qui, toutes les trois sont dans Hippocrate. Cela ne peut soulever les passions : c'est Hippocrate qui les a formulé. Il a donné trois règles : « *Contraria contrariis curantur* : Les contraires guérissent les contraires » ; il a dit aussi : « *Similia similibus curantur* : Les semblables guérissent les semblables » ; et enfin il a

dit, dans une forme beaucoup moins précise, mais qu'on a traduit comme ceci : « Il y a des circonstances où ni les semblables ni les contraires ne guérissent : c'est ce qui convient, qui guérit. » Il semblerait que cet homme de génie eût désigné par cette dernière règle ce que nous appelons aujourd'hui l'*opothérapie*. C'est cette thérapeutique qui consiste à donner du pancréas dans le diabète; du rein dans l'insuffisance rénale; de la glande thyroïde dans le goître. Ce n'est ni contraire, ni semblable : c'est ce qui convient.

Maintenant, voyons les deux grandes règles posées par Hippocrate : « *Contraria contrariis curantur.* » Cette règle est excellente et d'une application positive, toutes les fois qu'il s agit d'une cause externe. Ainsi, en chirurgie, si un os est cassé, s'il y a une hémorrhagie, s'il y a un corps étranger dans le larynx, vous devez appliquer la loi des contraires : remettre l'os en place, lier le vaisseau blessé, extraire le corps étranger du larynx. Enfin le triomphe de la loi des contraires, c'est l'*asepsie chirurgicale*, grâce à laquelle les opérations qui s'accompagnent des plus grands délabrements sont aujourd'hui sans aucun danger. Qu'est-ce que c'est donc que l'asepsie chirurgicale? C'est une application positive et directe de la loi des contraires. Les suppurations, qui venaient autrefois compliquer le traumatisme, sont produites par les microbes Eh! bien, aujourd'hui, on lave le malade, on lave les instruments on lave les mains du chirurgien et des aides, on lave tout ce qui approche du malade, il n'y a plus de microbe, il n'y a plus de pyohémie et les malades guérissent. Vous voyez qu'il y a là un résultat considérable; or l'asepsie chirurgicale se réclame de la loi des contraires.

Quant aux maladies de cause interne, la loi des contraires rend encore de grands services. C'est sur la loi des contraires que repose la *thérapeutique palliative*, faire

dormir quand on ne dort pas, évacuer dans la constipation; tout cela, c'est la médication palliative. Il y a des choses plus importantes. Ainsi la méthode de balnéation dans la fièvre typhoïde, c'est encore une méthode palliative; cette médication n'empêche pas la marche de la maladie, mais supprime un symptôme dangereux qui est l'hyperthermie. Voilà encore une application légitime de la loi des contraires. Mais vous ne pouvez pas appliquer le contraire au traitement des maladies. Connaissez-vous le contraire de la variole, de la fièvre typhoïde, etc. ? Le contraire de la maladie, c'est une absurdité. Ici, la thérapeutique étiologique s'écroule, elle n'a plus de base. Appliquerez-vous le contraire à la prédisposition définie ? C'est aussi absurde car la prédisposition définie n'est que la maladie en puissance.

Mais il y a une loi qui s'applique ici, c'est : « *Similia similibus curantur.* » Pourquoi?... Parce que nous avons réellement, dans la matière médicale expérimentale, des *maladies médicamenteuses*, et qu'il y a ressemblance entre la maladie naturelle et la maladie médicamenteuse. La ressemblance est tellement forte, qu'on peut s'y tromper. Ainsi, quand M. de P... s'est empoisonné avec de l'arsenic, dans sa prison, le Dr Louis, membre de l'Académie, médecin de l'Hôtel-Dieu, a cru qu'il avait le choléra, parce que l'empoisonnement par l'arsenic ressemble tout à fait au choléra. Je pourrais citer l'empoisonnement par le plomb, qui ressemble à la goutte ; celui par le sublimé corrosif, qui ressemble à la dysenterie, mais je me contente de ces grands exemples. Hippocrate, du reste, avait exprimé cette idée d'une manière plus claire que cela encore ; après avoir dit : « *Similia similibus curantur* », il avait ajouté : « Ce qui donne la strangurie à un homme sain la guérit à un homme malade ; ce qui fait vomir un homme sain, guérit un homme qui vomit ; ce qui donne



la fièvre à un homme sain, guérit un homme qui a la fièvre. »

Venons d'Hippocrate à Pasteur. Pasteur, quatre mille ans après Hippocrate, a dit : « Tel produit qui peut donner la rage à un animal qui ne l'a pas, guérit la rage. » Roux a dit : « La toxine diphtérique qui peut donner la diphtérie, guérit la diphtérie. » Un autre, dont le nom m'échappe, a dit : « La toxine du tétanos, qui peut donner le tétanos à celui qui ne l'a pas, guérit celui qui l'a. » Vous voyez qu'Hippocrate et Pasteur se répètent : Pasteur a ajouté quelque chose; il atténua le virus destiné à guérir ; la moelle de lapin, avec laquelle il fait les injections, pour prévenir la rage, il en atténue la toxicité en la faisant dessécher pendant un certain nombre de jours. Roux, pour *atténuer* le poison diphtérique, le fait passer au travers d'un organisme, et c'est le sérum d'un cheval qui a reçu le poison qui donne le médicament qui guérit. Ceux qui ont employé la toxine du tétanos pour prévenir le tétanos ont atténué la toxine du tétanos en le mélangeant avec de l'iode. Il y a d'autres moyens d'atténuation, mais je ne vous cite que ceux-là. Donc, ce qui donne une maladie quand on ne l'a pas, la guérit, mais il est nécessaire d'*atténuer* le poison. Ainsi : « *Similia similibus* ; *atténuation* » du médicament, du poison employé, voilà la méthode de Pasteur. Or, Hahnemann n'a jamais fait autre chose. Eh ! bien, déposons nos préjugés, déposons nos haines, soyons de vrais serviteurs de la méthode expérimentale sans nous occuper de ce qui est extra-scientifique. Allons de l'avant et alors nous arriverons à être des médecins, à avoir une thérapeutique qui ne méritera pas la condamnation prononcée par Boerhaave.



J'ai fini. Je crois vous avoir démontré qu'il existe une doctrine spiritualiste en médecine. De plus, j'ai dit que, cette doctrine spiritualiste ayant donné la définition des quatre points qui constituent la *médecine générale* : l'homme, la maladie, la cause et la thérapeutique, elle constitue une école. Eh bien, il y a cinquante ans que cette école existe, il y a cinquante ans que nous combattons le matérialisme de l'école officielle, et j'ai désiré faire ces conférences devant vous, afin de solliciter et vos sympathies et votre concours. (*Applaudissements.*)

Dr P. Jousset.

---

# CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SOMMAIRE. — *De l'action diurétique de la Bryone dans le traitement des maladies. — Traitement de la tuberculose. — Action du suc pulmonaire. — Observation de pneumonie.— Action du bacille pyocyanique sur l'albuminerie.*

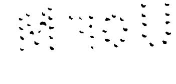
A la fin de notre article « *Bryone* » publié dans ce journal sous le titre de « *Révision de la thérapeutique* » nous avons parlé de l'action diurétique de ce médicament et nous avons apporté à l'appui de cette action l'histoire d'une malade. Nous sommes en mesure de compléter cette histoire et d'apporter un second fait qui confirme l'action diurétique de la Bryone dans l'ascite symptomatique de la cirrhose du foie, que cette cirrhose soit alcoolique ou quelle soit sous la dépendance d'une affection de la valvule mitrale.

### OBSERVATION I

*Insuffisance mitrale, cirrhose atrophique, ascite.*

Cette femme, âgée de 48 ans, est restée 3 ans à l'hôpital, au lit n° 12 grande salle. Tous les diurétiques connus ont été essayés sur elle, quelques-uns ont augmenté la quantité des urines, mais tous étaient insuffisant puisque toutes les six semaines environ, on était obligé de pratiquer la ponction et chaque fois on retirait de 10 à 15 litres de liquide.

Le traitement par la Bryone a été commencé le 20 décembre 1896. Le 22 avril, 4 mois après, elle sortait guérie de son ascite et sans avoir subi de ponction depuis le



mois d'août 1896 ; la diurèse avait été entretenue depuis la dernière ponction d'une manière minime, il est vrai, puisque la quantité d'urine variait de 500 à 850 grammes, mais cependant suffisante pour maintenir l'ascite à un degré qui n'exigeait pas la ponction.

Sous l'influence de la Bryone, en teinture-mère, prescrite à la dose de XV et XX gouttes par jour, les urines atteignirent à certains jours 1.500 grammes. Leur quantité habituelle était de 1.000 à 1.200 grammes et très exceptionnellement de 600 grammes.

L'ascite avait disparu complètement 15 jours après et elle ne s'est pas reproduite. Néanmoins le médicament fut continué jusqu'au 8 mars, mais dans les huit derniers jours la quantité d'urine étant tombée à 850 et même 750 grammes. M. le D[r] Cartier, alors chef de service, prescrivit *Gratiola* (6) pendant un mois jusqu'au 9 avril, époque à laquelle il supprima tout médicament.

Pendant l'usage de la Gratiole, la quantité des urines fut très variable, la malade rendant quelquefois 15, 16 et 1.700 grammes d'urine et d'autrefois 600 et même 500 grammes. Et ce qu'il y eut de très particulier c'est que depuis le 9 avril, jour où l'on cessa tout médicament, jusqu'à la sortie de la malade, le 22 avril, les urines après être restées comme les jours précédents et pendant quarante-huit heures au taux de 500 grammes atteignirent ensuite 1.000, 1.600, 1.750 grammes sans jamais retomber au-dessous de 1.400 grammes.

Plusieurs enseignements pratiques ressortent de ce fait.

Le premier, c'est que la Bryone a été ici le médicament curatif parce que c'est lui qui a établi la diurèse et que c'est pendant son action que l'ascite a été guérie. Si on objecte que dans les derniers jours où l'on a prescrit la

Bryone, les urines sont tombées à 850 et même à 750 grammes nous répondrons qu'il y avait plus de deux mois que ce médicament était prescrit, que par conséquent son action diurétique était usée et qu'il était temps de le suspendre. Que voyons-nous en effet, c'est que sous l'influence de Gratiole à la 6e dilution continué pendant un mois, la quantité des urines augmente d'une manière irrégulière et que quand l'administration de tout médicament est suspendu, les urines atteignent un chiffre considérable et le gardent régulièrement jusqu'à la sortie de la malade.

### OBSERVATION II

*Alcoolisme, cirrhose atrophique, ascite.*

Antoine P..., âgé de 40 ans, marchand de vin ; depuis quelques années cet homme, d'une constitution très robuste, a été malade plusieurs fois, et sans que nous puissions préciser la nature des affections dont il a souffert. Nous pouvons cependant affirmer que dans toutes les affections il a eu de l'anasarque.

Cet homme, à la suite de chagrins se remit à boire, tomba malade et entra à Saint-Jacques le 30 mars 1897. Il fut couché au n° 10 de la salle commune.

Le diagnostic fut : *cirrhose atrophique du foie compliquée d'ascite.*

L'ascite ayant fait de grands progrès, on fut obligé de pratiquer une ponction le 17 avril qui donna 11 litres d'un liquide jaunâtre.

Le 8 mai, au bout de 21 jours, seconde ponction. On retire également 11 litres.

Le 26, après 18 jours, troisième ponction. Cette fois, on retire 13 litres.

Le 1er juin l'ascite s'était déjà reproduite, les urines étaient peu abondantes. On prescrivit XX gouttes de teinture mère de Bryone. Le médicament est continué pendant trois jours.

Dès le lendemain, le malade a uriné 1.250 grammes, et les jours suivants 1.500 grammes, puis 1.750 grammes.

Le 4 juin, XXV gouttes de teinture mère de Bryone. Cette dose est continuée encore le lendemain. La quantité d'urine tombe d'abord à 1.500 grammes, puis à 1. 100 gr.

Le 7 juin, par suite d'une erreur, notre malade, au lieu de prendre la teinture de Bryone, prend III gouttes de teinture de Belladone, et les urines remontent à 1.750 gr.

Les jours suivants, on suspend tout médicament, et les urines atteignent 2 litres. Après cinq jours de repos, on reprend XXV gouttes de Bryone pendant trois jours. Les urines se maintiennent à 2.500.

Le 15 juin, on suspend le médicament.

Vingt et un jours se sont écoulés depuis la dernière ponction. Cependant, l'ascite diminue, et le ventre est bien moins distendu.

On reprend la Bryone à la dose de XXV gouttes, les 17, 18, 19, 20 et 21 juin.

L'urine qui était à 2.000 grammes, atteint 2.600, 2.500, et 3.000 grammes; le 21 juin, et jours suivants, les urines atteignent 4 litres; le ventre diminue, et après un mois. la ponction n'est pas nécessaire.

Le temps de notre service étant terminé, le malade a été mis à l'iodure de potassium, les urines n'ont plus été aussi abondantes, et l'ascite a augmenté de nouveau ; à ce point qu'à la fin du mois la ponction fut décidée, mais par un caprice la malade préféra s'en aller.

De ces deux faits, il résulte qu'à haute dose, la teinture

de Bryone est un médicament précieux dans le traitement de l'ascite, liée à la cirrhose du foie, que cette cirrhose soit sous la dépendance d'une affection de la valvule nitrale ou de l'alcoolisme.

Si on lit ces deux observations avec soin, on verra que la Bryone est soumise aux mêmes lois que la plupart des médicaments, c'est-à-dire que pour que son action se développe complètement; il est nécessaire d'en suspendre l'administration après un certain nombre de jours; que dans le premier cas, chez cette femme, qui est restée trois ans à l'hôpital, la diurèse est restée abondante plus d'un mois après la suspension du médicament, que dans le second cas, dont l'observation est restée incomplète, la plus grande abondance d'urine a été obtenue dans les jours où le malade ne prenait pas de médicaments.

J'ajouterai que dans d'autres cas d'hydropisie, en particulier dans ceux d'anasarque compliqué d'ascite chez des cardiaques, mais avec lésion du rein, la Bryone ne m'a absolument rien donné, et je crois être autorisé à dire que la présence de l'albumine dans les urines, est une contre-indication de l'emploi de la Bryone dans les hydropisies.

*Du traitement de la tuberculose.* — Nous rappellerons que les années précédentes nous avons conseillé la préparation connue sous le nom de tuberculine non pyrétogène de Klebs (1) en injection sous cutanée dans le traitement de

(1) Nous rappellerons que Klebs verse, goutte à goutte, dans un verre à pied rembli d'alcool à 45°, la tuberculine de Koch; que, sous l'influence de l'alcool, les albuminoses sont précipités sous forme de poudre blanche; que cette poudre, qui constitue la tuberculine non pyrétogène de Klebs, est recueillie sur un

la tuberculose. Nous voulons ajouter quelques nouveaux renseignements à ce que nous avons dit sur ce point les années précédentes.

En premier lieu, nous pouvons affirmer après une pratique déjà longue que ces injections ne présentent aucun danger et que dans la phtisie, sans fièvre hectique, elles améliorent l'état des malades et font disparaître les bacilles de l'expectoration.

Nous avons fait cette année bien involontairement la contre épreuve de l'action favorable des injections de la tuberculine de Klebs, par suite du changement de nos internes, notre formule n'a pas été exécutée et les malades au lieu de recevoir à chaque injection 10 centigrammes de la première trituration de Klebs n'ont reçu que quelque gouttes de la sixième dilution, c'est-à-dire un billionième au lieu d'un centième de la substance. Aussi, le résultat a été nul et les malades chez lesquels nous avions constaté la disparition des bacilles ont vu ce microbe reparaître dans leurs crachats.

Cette erreur est maintenant réparée, et déjà nous avons pu constater chez deux malades l'heureux effet des injections de Klebs.

Depuis plusieurs mois, j'expérimente sur les cobayes non pas la tuberculine, mais la *culture pure de tuberculose.*

La troisième trituration ne m'a donné que des insuccés; j'expérimente maintenant la sixième et plus tard je donnerai les résultats de ce travail.

---

filtre. Cette substance sert à préparer des triturations. Nous employons la première trituration centésimale à la dose de 10 centigr. dans un gramme d'eau stérilisée par injection.

Il est certain que je n'emploierai ces cultures de tuberculose chez l'homme, en injection, que lorsque je me serai assuré par des expériences répétées de l'atténuation absolument exempte de danger.

Les expériences que j'ai faites sur les animaux m'ont permis de prescrire la troisième et la sixième dilution d'une culture pure de tuberculose par la voie stomachale et voici une observation où cette pratique a été suivie de succès.

*Péritonite tuberculeuse guérie par la culture pure de tuberculose à la 3e et à la 6e dilutions.*

La nommée X..., âgée de 19 ans, entrée le 28 février 1897 fut couchée au n° 3 de la petite salle. Les antécédents héréditaires ne sont pas connus. La malade a eu dans son enfance des fièvres éruptives. Sa constitution a toujours été délicate, la maladie semble avoir commencé à la fin de l'année 1896 et se caractérisait alors par des points de côté, des douleurs abdominales, une diarrhée opiniâtre et un amaigrissement considérable.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'ensemble des lésions qui appartiennent à la péritonite tuberculeuse : ventre ballonné, arrondi, avec un très léger épanchement ; diarrhée persistante, épanchement pleurétique peu abondant à gauche ; mouvement fébrile rémittent peu intense 37° le matin 38°5 le soir.

La maladie fut d'abord traitée par *cantharis* et *bryone* teinture mère sans amélioration notable jusqu'au 15 mars, sauf l'épanchement pleurétique qui a complétement disparu. Mais l'ascite a augmenté, la diarrhée et les coliques persistent, le ventre est très douloureux à la pression,

l'amaigrissement fait des progrès. La température atteint 38 5 le matin et 38° le soir.

La malade prend arsenic 3e trituration depuis le 17 mars jusqu'au 1er avril. Les symptômes vont sans cesse s'aggravant.

Le 5 avril, la malade prend la *tuberculose aviaire*, 6e dilution un seul jour seulement. La température étant montée à 39° le soir, la malade prend *aconit* teinture mère trente gouttes par jour jusqu'au 11 avril.

A ce moment je commence *tuberculose culture pure*, 3e trituration 0,20 centigrammes jusqu'au 22 avril c'est-à-dire pendant 11 jours.

L'ascite augmente, mais la diarrhée est moindre. La température oscille entre 37°5 le matin et 38°5 le soir.

Le 22 avril, les douleurs de ventre et la diarrhée étant devenues plus fortes, la malade prend *colocynthis* teinture mère deux gouttes, jusqu'au 25 avril.

Le 25 avril, les douleurs ayant un peu diminué, nous revenons à la *tuberculose*, 0,25 *centigrammes* jusqu'au 29 avril où nous remplaçons la troisième trituration par la 6e dilution, deux gouttes. La température varie de 37°5 le matin à 39° le soir.

La *tuberculose* 6e dilution commencée le 29 avril est continuée jusqu'au 9 mai, sous l'influence de ce médicament une amélioration notable se produit : la diarrhée, l'ascite rétrocédent et en même temps l'état général s'améliore. Le mouvement fébrile a un peu baissé 37°5 le matin 38°5 le soir.

Le 10 mai, des coliques très douloureuses étant revenues, on prescrit de nouveau *colocynthis* teinture mère deux gouttes jusqu'au 14 mai.

Le 14 mai, on reprend la *tuberculose* 6e dilution jusqu'à

la fin du mois. L'amélioration fait des progrès notables; plus d'ascite, plus de diarrhée, plus de colique; appétit, la malade se nourrit, les forces reviennent. Le mouvement fébrile disparaît.

Le même traitement est continué jusqu'au 20 juin, la guérison semble assurée. Cependant à cette date, légère apparition de la diarrhée qui cède à arsenicum 3e trituration.

Ce cas n'offre aucun doute pour le diagnostic : ascite, douleur abdominale, diarrhée habituelle, pleurésie concomittante, amaigrissement et fièvre hectique. Le tableau est complet.

Certainement la coloquinte nous a rendu le service de calmer les fortes crises de coliques, l'arsenic a beaucoup diminué les selles diarrhéïques, mais c'est surtout la culture pure de tuberculose qui a amené la guérison de ce cas si complexe et si grave.

La 3e trituration nous a semblé aggraver les symptômes et c'est pour cette raison que nous sommes revenus à la 6e dilution et que nous l'avons continuée jusqu'à la fin de la maladie.

On objectera sans doute, que la *péritonite tuberculeuse* est une affection *relativement bénigne* qui guérit par des moyens thérapeutiques bien divers. A quoi nous répondrons, combien cependant succombent à cette affection surtout quand elle se complique d'entérite tuberculeuse. J'ajouterai que les cas de guérison les plus nombreux de péritonite tuberculeuse ont été traités chirurgicalement, ce qui n'est pas le cas de notre malade.

Remarquons encore que la guérison n'est pas complète, puisque la malade éprouve encore des retours de diarrhée et que l'abdomen présente depuis la disparition de l'ascite un engorgement des ganglions du mésentère.

*Action du suc pulmonaire sur les tuberculeux.* — Nous rapporterons deux faits encore incomplets.

Dans un premier cas *le suc pulmonaire* fut administré par injection sous-cutanée à la dose d'un gramme tous les deux jours, pendant un mois sous l'influence de ce traitement le malade accuse un mieux bien accentué et, fait très remarquable, *la fièvre hectique* qui existait depuis plusieurs mois disparut complètement et la température oscille de quelques dixièmes de degré autour de 37°.

Pendant le mois de juin le malade a été injecté avec 10 centigrammes de la 1re trituration de la tuberculose de Klebs non pyretogène. L'amélioration a été peu marquée les bacilles ont diminué et même disparu un moment; puis ils sont revenus la malade a augmenté de 500 grammes pendant la dernière quinzaine; la fièvre n'a pas reparu.

L'autre cas est celui d'une jeune anglaise atteinte de phtisie avec fièvre hectique et diarrhée le suc pulmonaire a été administré par la voie stomacale à la dose de 0.50 centigr. par jour. Les résultats sont déjà satisfaisants.

### OBSERVATION

*Pneumonie grippale. Bryone et ipéca, phosphore et tartarus, guérison.*

M..., âgé de 67 ans, tailleur, assez gras, plus vieux que son âge, entré le 4 février 1897, et couché au numéro 6 de la grande salle.

Dans la journée du 3 février, le malade a eu froid, le soir il a eu des petits frissons irréguliers avec malaise, insomnie, gêne de la respiration, toux et douleur dans le côté droit, à la base.

Entré ici, le deuxième jour de sa maladie, il présente l'état suivant : face vultueuse, dyspnée ; toux peu fréquente, crachats visqueux fortement striés de sang. La température est à 39° ; matité relative au sommet du poumon droit, râles sous-crépitants fins, quelques râles à grosses bulles dans le reste du poumon, douleur dans le côté droit à la base du thorax.

*Prescription.* Bryone, 6e dilution, II gouttes, lait et grog.

Le soir, la température atteint 39°5.

Le 5 février, troisième jour de la maladie ; la température est un peu baissée 38°5 le matin et 39° le soir ; les râles sont plus fins et il y a un léger souffle.

Ipéca (6) et bryone (6) alternés.

Même régime.

Le 6, quatrième jour, grande amélioration, la fièvre est tombée à 37°4 le matin et 37°7 le soir.

Même traitement.

Le 7, cinquième jour, mauvaise nuit, la température est remontée à 38°4. Il a 100 pulsations par minute et est un peu oppressé.

Il prend bryone (6) tout seul.

Le soir, la température est retombée à 37°8.

Le 8, sixième jour, état plus grave, quoique la température ne soit pas très élevée 38°2 le matin et 38°1 le soir. Le malade est très abattu, il a de la dyspnée. A l'auscultation le souffle est plus marqué. On continue bryone.

Le 9, septième jour, nuit agitée, température 38°, dyspnée augmentée. On continue bryone.

Dans la journée l'état s'aggrave considérablement, la dyspnée augmente, la respiration est ralentie, s'entend à distance, l'affaissement est considérable. C'est à peine si

le malade répond aux questions et cependant la température est à 37°2 et le pouls à 100.

Je redoute une terminaison funeste dans le collapsus. Le souffle est bien plus fort et les râles beaucoup plus fins. L'expectoration est peu abondante et grisâtre. Je prescris l'alternance de *phosphorus* (6) et *tartarus* (6).

Le 10 février, huitième jour, le malade semble un peu mieux. Il est plus éveillé, répond bien mieux aux questions et les râles bruyants ont cessé, la température du matin est à 37° mais le soir elle atteint 38°4. On continue le même traitement.

Le 11 février, neuvième jour, amélioration définitive, la dyspnée disparait, le malade est dans son état naturel. Ses crachats sont blancs jaunâtres, abondants, le souffle a disparu ; la température est à 36°6 et ne remontera plus ; le pouls à 96.

L'amélioration continue les jours suivants, l'appétit revient, les râles disparaissent et la guérison s'achève avec hepar sufuris (6).

Je ferai plusieurs réflexions sur ce cas de pneumonie, la marche si irrégulière de la température jointe à l'existence de râles sous crépitants mélangés au souffle justifie notre diagnostic de pneumonie grippale.

L'état grave survenu le cinquième jour de la maladie après une apyrexie complète de vingt-quatre heures, état grave qui s'est encore accentué les jours suivants pour aboutir le septième jour à une menace de mort dans le collapsus, confirmait encore ce diagnostic.

Le malade n'avait que 37°2. Le pouls battait cent pulsations, mais le malade était dans une prostration complète. Il répondait à peine aux questions, la dyspnée était

considérable, la respiration s'accompagnait de râles sonores s'entendant à distance ; l'expectoration était presque supprimée ; le malade présentait en un mot cet état grave qu'on a dénommé paralysie du poumon.

Le tartre stibié est recommandé par l'école homœopathique dans ce cas particulier. J'ajoute que l'expérience clinique m'a bien souvent démontré la justesse de cette indication, mais à la condition que le médicament fut prescrit à une dilution élevée et c'est la sixième que j'ai donnée à notre malade.

J'ai alterné, avec le tartarus, le phosphore, ce médicament héroïque des pneumonies graves.

Sous l'influence de ces deux médicaments, l'état du malade s'est rapidement amélioré. Dès le lendemain, la dyspnée avait beaucoup diminué et était devenue silencieuse. En même temps le malade sortait de sa prostration et revenait à l'état naturel.

La guérison a été complète au bout de quelques jours ; et, comme il arrive si souvent, dans les cas de pneumonie traités par l'homœopathie, la lésion disparut en même temps que les symptômes généraux.

Dans un travail qui suivra celui-ci, j'étudierai l'action thérapeutique de certains produits microbiens, mais aujourd'hui je tiens à faire connaître l'action du *bacille pyocyanique* sur l'albuminurie.

J'ai déjà, depuis plusieurs années, publié des observations d'amélioration d'affection rénale par le bacille de Koch.

La plupart des sérums bactériologiques produisent chez les animaux des endocardites et des néphrites chroniques. C'est la connaissance de ces propriétés qui pour le bacille

pyocyanique a été si bien mis en lumière par le D^r Charrin, c'est cette connaissance, dis-je, qui m'a conduit à prescrire le bacille pyocyanique dans l'albuminurie. Voici maintenant l'observation.

*Action du bacille pyocyanique sur l'albuminurie.*

Auguste G... âgée de 44 ans, jardinier, était dans le service depuis le mois de mai au n° 2 de la grande salle.

*Etat au premier juin* : Bruits de souffle au premier temps et à la pointe; épanchement pleurétique latent au côté droit; œdème très prononcé des jambes ; urine variant de 750 à 800 grammes et contenant 2 grammes d'albumine par litre.

Les quatre premiers jours du mois de juin cet homme est soumis sans aucun succès à l'usage de cantharis 3^e dilution 3 gouttes, puis cantharis teinture mère une goutte.

Le 5 juin, j'essaie la digitaline cristallisée, solution au 1/1000, 30 gouttes.

Ce médicament habituellement si fidèle ne produit aucun résultat.

Le 7, 8, 9 juin, je prescris la 3^e trituration du bacille pyocyanique, 0,20 centigrammes par jour.

Le 6 juin, l'albumine atteignait 2 gr.50 et l'urine restait à 700 grammes.

Le 10 juin, après trois jours entiers de traitement il y a à peine des traces d'albumine, l'urine atteint 1000 grammes. Je suspends le médicament.

Dès le lendemain l'albumine remonte à 2 grammes et il y a 800 grammes d'urine.

On reprend bacille pyocyanique 3^e trituration et on le continue jusqu'au 14.

Pendant deux jours, l'albumine disparaît complètement mais les urines restent à 800 grammes.

Le 14 juin, l'albumine revient à la dose de 2 grammes malgré la continuation de bacille pyocyanique et quoiqu'on suspende ce médicament, la même quantité d'albumine persiste jusqu'au 16 juin.

Le 17, 18 juin je prescris la 2e trituration du bacille pyocyanique ; l'albumine augmente considérablement de 2 gr. 50 et arrive à 7 grammes. L'urine restant à 800 grammes.

L'état du malade s'est aggravé. Il a quelques troubles cérébraux, de l'œdème du poumon avec crachats sanguinolents. L'anasarque a beaucoup augmenté.

Le 19 juin, je prescris ipéca 1re trituration décimale, 20 centigrammes.

Le lendemain, l'albumine est tombé à 3 grammes; il y a 850 grammes d'urine et le malade se trouve mieux.

Je continue l'ipéca. Le 21 juin, il n'y a plus que 2 grammes d'albumine.

A ce moment je remets le malade à mon successeur qui lui prescrit successivement le strophantus et la digitaline. L'albumine remonte à 2 et 3 grammes par jour ; il finit par succomber avec des symptômes d'urémie.

On peut retirer de ce fait plusieurs conclusions :

1° C'est que deux fois de suite après l'administration d'une 3e trituration de bacille pyocyanique l'albumine a complètement disparu, l'urine atteignant un litre par jour.

2° C'est que l'albumine s'est reproduite malgré la continuation du bacille pyocyanique et que ce médicament ayant été élevé à une dose cent fois plus forte, puisque j'ai prescrit 20 centigrammes de la 2e trituration (la 3e tritu-

ration est au 1/1.000.000 et la 2e trituration au 10/1000) l'albumine a atteint le taux énorme de 7 grammes par litre en même temps que l'état général s'est beaucoup aggravé.

Quelques jours après la cessation du bacille pyocyanique, l'albumine était revenue à une dose moindre ; elle oscillait, comme avant notre traitement, entre 2 et 3 grammes.

Il me semble impossible de nier l'action du bacille pyocyanique sur *le symptôme albuminurie* puisqu'une certaine dose fait disparaitre ce produit et qu'une dose plus forte l'augmente considérablement.

Je remarque expressément qu'il ne s'agit pas ici de l'action curative sur la néphrite. Dr P. Jousset.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### DOUZE REMÈDES HOMŒOPATHIQUES DU RHUMATISME (1)

Rhus toxicodendron a été, depuis la naissance de l'homœopathie, le grand remède contre le rhumatisme, rivalisant seulement avec *Bryonia* dans cette affection. Il est utile de rappeler une fois de plus la différence entre ces deux remèdes :

| *Rhus tox* | *Bryonia* |
| --- | --- |
| Agitation et désir de se mouvoir, parce que le mouvement calme les douleurs. | Disposition au calme ; car le mouvement aggrave les douleurs. Parfois, cependant, les douleurs obligent le malade à se mouvoir. |

(1) Cet article a été publié dans le no de mars-avril du Journal belge d'homœopathie.

| | |
|---|---|
| Convient surtout aux rhumatismes des tissus fibreux, aponévroses, etc. | Convient aux rhumatismes des articulations et des tissus musculaires. |
| Rhumatisme dû à une exposition à l'humidité, étant en transpiration. | Ceci n'est pas caractéristique pour *Bryonia* quoique les mêmes causes puissent exister. |

Tous les symptômes rhumatoïdes de *Rhus* sont améliorés par le mouvement, aggravés par la position assise, aggravés aussi lorsque le sujet assis se lève ou commence à se mouvoir ; un mouvement continu, cependant, soulage. La chaleur améliore le rhumatisme de *Rhus*. Le froid, le temps humide, l'approche d'un orage sont des causes d'aggravation. Comparez *Rhododendron* où tout changement de temps aggrave. Le caractère des douleurs correspondant à *Rhus* est d'abord une raideur, puis une douleur. Il y a aussi des tiraillements, des sensations de paralysie et même des points douloureux. Une douleur subite dans le dos, semblable à celle du « coup de fouet » correspond bien à *Rhus*. Ce médicament a une affinité spéciale pour les muscles profonds du dos. C'est peut-être le remède le plus souvent indiqué pour le lumbago. Il est aussi indiqué, soit dit en passant, contre les effets des exagérations de mouvements comme les entorses, les foulures, etc. *Rhus* est aux tissus fibreux ce que *Arnica* est aux parties plus tendres. Le rhumatisme auquel *Rhus* correspond peut apparaître à n'importe quelle partie du corps. Les extrémités inférieures paraissent surtout avoir souffert chez les expérimentateurs. — Voici les grandes caractéristiques de *Rhus* :

Amendement des douleurs par le mouvement continu. Le lumbago, toutefois, est empiré par le mouvement.

Raideur et douleur.

Aggravation au moment de se mettre en marche.

Aggravation par le temps humide et froid.

Amélioration de tous les symptômes par la chaleur.

*Rhus* ne guérira pas tous les cas de rhumatisme, mais il en guérira beaucoup.

BRYONIA. — *Bryonia* attaque les synoviales ; il convient aux rhumatismes articulaires et musculaires. Les muscles sont douloureux et gonflés, les jointures sont fortement enflammées, rouges, luisantes et chaudes. Les douleurs sont aiguës, piquantes ; et le trait saillant du médicament est l'aggravation par le moindre mouvement. Le toucher et la pression augmentent le mal. Le rhumatisme de *Bryonia* n'a pas cette tendance erratique que l'on observe dans *Pulsatilla* ou *Kalmia*. Il est difficile de le confondre avec un autre remède. *Ledum*, qui offre quelque ressemblance, sera indiqué dans le rhumatisme articulaire avec faible effusion, tandis que *Bryonia* provoque des exsudations abondantes. *Bryonia* paraît bien convenir à l'acidité du sang qui cause le rhumatisme et a, en outre, une sueur fétide. *Kali carbonicum* a des douleurs piquantes mais se distingue de *Bryonia* par l'absence de fièvre. *Bryonia*, *Ledum*, *Nux* et *Colchicum* sont les quatre grands remèdes qui ont l'aggravation par le mouvement. Des symptômes constitutionnels généraux établiront la distinction.

CAUSTICUM ressemble de près à *Rhus* à différents points de vue. Voici quelques éléments de différenciation :

| *Causticum* | *Rhus* |
| --- | --- |
| L'agitation ne se manifeste que la nuit. | Agitation continuelle. |

| | |
|---|---|
| Le rhumatisme est dû à l'air sec, froid, au temps de gelée. | Le rhumatisme est dû à un temps humide, à des refroidissements pris dans l'eau. |
| Les douleurs provoquent de l'agitation ; les mouvements n'améliorent cependant pas la situation. | Le mouvement donne un soulagement temporaire. |

Les symptômes qui s'appellent *Causticum* sont les raideurs des articulations. Les tendons semblent raccourcis et les jambes prennent de fausses positions. C'est une sorte d'arthrite rhumatoïde.

Comme pour *Rhus*, la chaleur soulage. *Causticum* a des douleurs de tiraillement et une sensibilité des parties sur lesquelles le malade est couché. Il a été utile dans le rhumatisme de l'articulation temporo-maxillaire. *Rhus* a un craquement de la mâchoire inférieure pendant la mastication. *Colocynth* a une raideur des articulations et est utile également dans le rhumatisme articulaire. *Causticum* a, comme *Guaïacum* et *Ledum*, des concrétions déposées dans les articulations. Une grande faiblesse et du tremblement correspondent à *Causticum* ainsi qu'à toutes les préparations de potasse. Il est peu utile dans les affections articulaires fébriles. La faiblesse de la jointure du pied, les contractures de tendons et la sensation de foulure dans la hanche sont trois symptômes des plus importants.

LEDUM est un de nos meilleurs remèdes pour le rhumatisme et la goutte, surtout la goutte. Le grand symptôme, qui a toujours été considéré comme une caractéristique distinctive, est la direction de la douleur qui se porte de

bas en haut. Comme *Caulophyllum* et quelques autres médicaments, *Ledum* paraît avoir une affinité plus grande pour les petites articulations. Des nodosités apparaissent aux orteils et la douleur remonte dans la jambe. Les douleurs sont aggravées par la chaleur du lit. L'effusion de la synovie est faible et bientôt se durcit pour former les nodosités déjà signalées. *Ledum*, comme *Colchicum*, occasionne des douleurs aiguës, tiraillantes dans les articulations, de la faiblesse des jambes, de l'engourdissement et du froid à la surface. *Kalmia* présente aussi des douleurs voyageant de bas en haut, mais la distinction est dans le caractère de la douleur. Mentionnons que *Ledum* est un remède excellent dans l'érythème noueux d'origine rhumatismale. *Ledum* est particulièrement indiqué quand il existe une douleur violente de tension et de tiraillement dans une des petites articulations des orteils ou des doigts avec rougeur circonscrite, peu d'odeur, froid général, grande dépression et un sédiment d'acide urique dans l'urine. Cependant *Ledum* produit et guérit dans certains cas un gonflement obstiné des pieds. Le vin aggrave tous les symptômes de *Ledum*. La caractéristique de *Ledum* peut être résumée comme suit :

Mouvement ascendant des douleurs ;
Tendance à affecter les petites jointures ;
Aggravation par la chaleur du lit ;
Aggravation par le mouvement.

Enfin, le remède est très utile aussi après les abus de *Colchicum*.

PULSATILLA se présente à l'esprit quand le rhumatisme a une tendance à se déplacer, quand il est erratique. Ce symptôme se retrouve pour *Kalmia*, *Bryonia*, *Colchicum*,

*Sulphur*, *Kali bichromicum* et pour le remède des tissus qui ressemble tant à Pulsatilla : *Kali sulphuricum*. Mais la distinction est facile, sauf pour *Kali sulphur.* ; toutefois, l'action de ce dernier médicament n'ayant pas été bien expérimentée, on n'y pensera que lorsque *Pulsatilla* est indiquée. D'autres caractéristiques du rhumatisme de *Pulsatilla* sont : l'aggravation par la chaleur, le soir, l'amélioration par le froid. Il y a aussi de l'agitation, les douleurs sont si fortes que le malade est contraint de se mouvoir et le mouvement lent, facile, soulage comme pour *Lycopodium* et *Ferrum*. *Pulsatilla* triomphe dans le rhumatisme blennorrhagique : les articulations sont gonflées et les douleurs sont aiguës avec sensation d'ulcère sous la peau. *Kali bichromicum* est aussi un remède du rhumatisme blennorrhagique et des douleurs erratiques ; mais ici, la chaleur de la chambre soulage, ce qui le distingue de *Pulsatilla*. *Thuya* s'emploie aussi contre le rhumatisme blennorrhagique.

Le rhumatisme en relation avec des troubles du foie ou de l'estomac peut être guéri par *Pulsatilla*.

Kalmia est un autre médicament qui a des douleurs erratiques, utile surtout quand le rhumatisme affecte la poitrine, ou quand le rhumatisme ou la goutte se portent au cœur, à la suite d'applications externes. Il y a aussi des douleurs lacérantes des jambes, sans gonflement, sans fièvre, mais avec grande faiblesse. La faiblesse le fait ressembler à *Colchicum*. Les douleurs à la poitrine, dans les cas de *Kalmia*, s'élancent vers l'estomac et le bas-ventre. Les muscles de la nuque sont douloureux et le dos est raide. Hering dit que le rhumatisme de *Kalmia* « se porte généralement des parties supérieures aux par-

ties inférieures » alors que Farrington affirme que « le rhumatisme de *Kalmia* comme celui de *Ledum* voyage presque toujours de bas en haut. » Quoiqu'il en soit, la douleur se porte de préférence aux parties supérieures des bras et inférieures des jambes et se trouve aggravée par le coucher. *Kalmia* rendra des services contre le rhumatisme inflammatoire voyageant d'une articulation à l'autre avec complications cardiaques, température élevée et tourments horribles aggravés, naturellement, par le mouvement. — La même famille botanique, qui comprend les espèces *Ledum* et *Kalmia*, renferme une troisième plante utile contre la maladie qui nous occupe. C'est le *Rhododendron*. La note typique de ce médicament est la grande sensibilité aux changements de temps. Les douleurs, comme pour *Rhus*, sont plus fortes pendant le repos et le remède affectionne, comme *Ledum*, les petites articulations. Si *Kalmia* exerce aussi quelque influence sur les petites jointures, cet effet est cependant beaucoup plus marqué pour *Ledum* ou *Rhododendron*. *Dulcamara* est aussi précieux contre le rhumatisme aggravé par les brusques changements de temps.

Actea Racemosa nous permet de constater un autre exemple de relations de famille entre certains remèdes rhumatismaux. Je veux parler des renonculacées : *Aconit*, *Ranunculus bulbosus* et *Actea racemosa*. *Aconit* est souvent utile dans le premier stade de fièvre rhumatismale. *Pulsatilla* a déjà été décrit. *Ranunculus bulbosus* est surtout précieux quand les muscles de la poitrine et du tronc sont atteints. Il y a une grande douleur aiguë et courbature dans les muscles. Le temps changeant et humide aggrave. *Actea racemosa* est un remède important : Le symptôme

capital est une grande souffrance musculaire au niveau de la partie la plus charnue plutôt qu'aux extrémités du muscle. Il attaque les gros muscles du tronc de préférence aux petits muscles des extrémités, rappelant ainsi *Nux vomica*, et diffère de *Rhus* parce qu'il évite les parties fibreuses. Le rhumatisme musculaire à apparition subite et très sévère, trouvera un remède dans *Actea racemosa*. — *Actea spicata*, autre plante de la même famille, agit, au contraire, sur les petites articulations des mains et des pieds qui sont douloureux et gonflent par la marche. *Actea racemosa* a de l'agitation mais le mouvement aggrave. *Caulophyllum* qui a tant de ressemblance avec *Actea racemosa* en diffère par sa localisation aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Colchicum, dont on se souvient le plus souvent en cas de goutte, n'en est pas moins un bon remède du rhumatisme. Il a une affinité spéciale pour les tissus fibreux, tendons, aponévroses, ligaments et périoste. Il a aussi un rhumatisme erratique comme *Kalmia*, *Pulsatille*, etc. Les douleurs sont plus fortes le soir, le moindre mouvement les augmente, le malade est irritable, le mal semble insoutenable. Quelquefois il est utile quand le rhumatisme atteint la poitrine avec douleur et sensation de constriction du cœur comme par une ceinture. Il y a aggravation vespérale. Les articulations sont gonflées et rouge-foncé. *Colchicum* rend surtout des services chez les personnes débilitées — la faiblesse étant une caractéristique du remède. — Il a aussi quelque affinité pour les petites articulations, de même que ces remèdes déjà nommés : *Actea spicata*, *Caulophyllum*, *Ledum* et *Rhododendron*. Le même symptôme se trouve encore en compagnie de quelques

substances; *Acidum benzoïcum* a du rhumatisme dans les petites articulations, des nodosités arthritiques, des tumeurs synoviales; tout cela accompagné du symptôme typique d'une urine nauséabonde. *Ammonium phosphoricum* a des nœuds et concrétions dans les jointures. *Lithium carbonicum* a aussi du rhumatisme des phalanges et danger de complications cardiaques, et doit être comparé à *Kalmia*, *Ledum* et *Acidum Benzoïcum*; *Viola odorata* et *Ruta* ont le rhumatisme des poignets. Il est, enfin, bon de se rappeler que *Colchicum* est rarement indiqué au début du rhumatisme, mais bien à une période plus avancée, quand le malade est faible et épuisé.

Sanguinaria allume une inflammation dans le tissu des muscles, reproduisant un tableau de rhumatisme musculaire aigu. Les muscles sont douloureux et rigides avec des douleurs piquantes ou erratiques. Les muscles du dos et de la nuque sont atteints de préférence. La meilleure action du remède semble être obtenue dans le rhumatisme du deltoïde: douleur rhumatismale dans le bras droit, dans l'épaule, aggravée la nuit par les mouvements dans le lit. Le malade a trop mal pour lever le bras. *Magnesia carbonica* a le même rhumatisme de l'épaule droite, mais la chaleur soulage et le lit aggrave. *Ferrum* a des tiraillements dans l'épaule et dans les gros muscles du bras, de sorte qu'il est impossible de lever le membre, mais le mouvement prudent fait bientôt disparaître les symptômes. Bien que Farrington dise que *Ferrum* est spécialement actif à gauche, la plupart des symptômes indiquent cependant l'épaule droite. *Nux moschata* affecte le muscle deltoïde gauche. *Ferrum phosphoricum* est très utile dans le rhumatisme des épaules, surtout à droite.

**Phytolacca** semble étendre sa sphère d'action surtout sur les personnes atteintes de syphilis. Il est particulièrement utile contre les douleurs au-dessous des coudes et des genoux. Les muscles sont raides et paralytiques. Les douleurs sautent d'une place à l'autre. Aggravation la nuit et surtout par un temps humide. Le rhumatisme qui se porte sur le perinèvre, le périoste ou le tissu fibreux est souvent amélioré par l'usage de *Phytolacca*, de même que le rhumatisme des épaules et des bras chez des syphilitiques. *Kali hydriodicum* a du rhumatisme aux jointures et spécialement au genou. Le genou est tuméfié, empâté, plus douloureux la nuit et la lésion est souvent syphilitique ou mercurielle. *Mercurius* a quelques douleurs rhumatoïdes mais la sueur les augmente et le malade transpirera toujours quand ce remède est indiqué. *Silicea* doit être présent à l'esprit quand on traite le rhumatisme héréditaire dont les douleurs sont aggravées par la chaleur, la nuit et quand le malade se découvre.

**Guaïacum** correspond à beaucoup de symptômes rhumatoïdes et rendra les meilleurs services dans les formes chroniques de rhumatisme avec déformations arthritiques et dépôt de concrétions ; administré à temps, il empêchera l'apparition de ces déformations. Ce remède suit bien *Causticum*. Une caractéristique de *Guaïacum* est la contracture des tendons qui déforment les jambes. Le mouvement aggrave. Nous avons déjà passé en revue des remèdes qui ont les mêmes dépôts dans les jointures, mais aucun d'eux n'a ces contractures. Les articulations sont raides et douloureuses et les muscles font mal. *Guaïacum* convient encore aux rhumatismes syphilitiques et mercuriels, au rhumatisme blennorrhagique quand beaucoup

de jointures sont atteintes et sont raides, chaudes, tuméfiées, douloureuses, quand il y a contraction, quand les muscles paraissent raccourcis.

Calcarea Carbonica est indiqué dans lesaffections rhumatismales causées par le travail dans l'eau. Lorsque *Rhus* a épuisé son action, *Calcarea* souvent achèvera la cure. Ici aussi il y a des nodosités et des concrétions dans les articulations digitales. *Calcarea fluorica* a rendu des services en cas de lumbago. Ses symptômes ressemblent à ceux de *Rhus*. Le malade se trouve plus mal quand il se met en mouvement, mais la continuation du mouvement le soulage. *Arnica* a du rhumatisme à la suite d'une exposition à l'humidité, au froid, accompagnée d'un travail musculaire excessif ; les parties atteintes sont douloureuses et courbaturées ; les muscles intercostaux peuvent être affectés. *Belladona* correspond à une raideur rhumatismale après avoir eu le coup et la tête mouillés. *Calcarea phosphorica* est utile dans le rhumatisme qui revient à chaque changement de temps ; les douleurs se localisent de préférence à la région sacrée et s'étendent vers les cuisses. Ces symptômes font penser aussi *à Dulcamara.*

Dr W.-A. Dewey.

---

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 1er juin.* — Cette séance a été consacrée presque entièrement à la lecture des rapports pour différents prix.

*Séance du 8 juin.* — *Les kystes séreux des petites lèvres.*

M. R. Blanchard lit un rapport sur un mémoire de M. de Magathaes, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro qui démontre tout à la fois que certaines portions du corps de Wolff peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et qu'elles peuvent être le siège de tumeurs kystiques. Dans le cas particulier, il s'agissait d'une négresse de 26 ans qui présentait sur la petite lèvre droite une tumeur pédiculée, ovalaire, longue de 8 centimètres, large de 5 centimètres que l'examen histologique a montré, après son ablation, n'être qu'un vertige inférieur des canaux de Wolff, devenu kystique.

*Gibbosités pottiques.* — M. Ch. Monod fait ensuite un rapport sur trois mémoires relatifs : aux moyens de corriger la bosse du mal de Pott, d'après trente-sept opérations, et sur les moyens de la prévenir par M. Calot de Berck, au traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires, par M. Chipault de Paris ; au redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott, étude physiologique et expérimentale par M. Ménard de Berck.

M. Calot pratique le redressement de la bosse en un seul temps et en ayant recours, au besoin, pour atteindre ce but à la plus grande violence. Voici comment il opère : « Quatre aides solides, attelés deux à deux aux extrémités du patient, tirent en sens inverse, tandis que le chirurgien, les mains appliquées sur la gibbosité, exerce sur ce point une pression extrêmement vigoureuse, allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces, jusqu'à ce que les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau et même au dessous des vertèbres voisines. On perçoit sous la main et on entend parfois des craquements osseux qui témoignent du désengrénement des deux segments rachidiens. M. Calot

fait ordinairement précéder le redressement du rachis de l'ablation des apophyses épineuses saillantes ainsi que du segment de peau souvent épaissie qui les recouvre. Si la bosse est très vieille, il peut être indiqué, de pratiquer, avant le redressement, une résection cunéïforme du rachis. Le malade, une fois le redressement obtenu est immobilisé dans un grand appareil plâtré qui sera renouvelé deux ou trois fois à des intervalles de trois ou quatre mois. Au bout de ce temps, l'opéré est autorisé à marcher avec un corset.

Les malades n'ont pas paru souffrir de ces manœuvres dans les 37 opérations de M. Calot, et même dans un cas, une paralysie existante a paru céder à la suite de l'opération. Les résultats immédiats ont été parfaits.

M. Chipault, qui a pratiqué, avant M. Calot le redressement forcé de la colonne vertébrale, conseille d'y ajouter la ligature en 8 de chiffre, à l'aide de fils d'argent, des apophyses épineuses correspondant à la gibbosité. Il s'appuie sur les recherches de M. Regnault établissant qu'une colonne vertébrale tuberculeuse abandonnée à elle-même se consolide spontanément par ankylose des os et des apophyses. Il associe à ces manœuvres, l'immobilisation du malade sur une planche *ad hoc* où il est maintenu à l'aide de sangles passant au niveau des aisselles, des hanches et des genoux.

M. Ménard, au contraire, condamne les tentatives de ses confrères. Il a fait des expériences sur le cadavre et examiné des pièces dans les musées. Il a constaté d'abord qu'en effet, malgré la dislocation de la colonne qui résulte du redressement forcé la moelle et les méninges demeurent intactes. Mais, dans un cas, M. Ménard a constaté la rupture d'une collection purulente. Le fait anatomique sur

lequel il insiste est que le redressement produit nécessairement l'écartement des deux segments à la colonne vertébrale et par suite la formation d'une vaste caverne qui mesure, d'après les expériences de M. Ménard 2, 4, 6 centimètres de haut et même plus. Il est impossible, dit-il que cette vaste cavité se comble par un cal osseux et dès lors la difformité se reproduira quand on essaiera de supprimer les moyens de contention.

Pour M. Monod la question doit rester à l'étude, mais il est d'avis que le redressement brusque pourra être tenté dans les gibbosités récentes, mais dans celles qui dépasseront un an de durée il faudra être beaucoup plus réservé surtout si on arrive à se convaincre que la cavité produite par le redressement devra rester béante.

M. Péan approuve les conclusions de M. Monod; il vante les appareils en cuir bouilli et perforé pour prévenir les déformations de la colonne vertébrale au début du mal de Pott et rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans paraplégique et traitée depuis cinq ans pour une énorme gibbosité qui a disparu par le procédé de M. Calot en même temps que la paraplégie.

M. Berger fait observer que la paraplégie disparaît quelquefois sans traitement.

M. Le Dentu admet qu'il est légitime de tenter le redressement de certaines gibbosités pas accentuées et nouvellement formées.

*Tarsoptose et Tarsalgie.*— M. Maurice Bloch estime que le pied plat acquis douloureux auquel il donne le nom de tarsoptose est caractérisé par l'excès de laxité des ligaments qui relient entre eux et aux os voisins les trois cunéiformes et le cuboïde. Ce relâchement détermine l'abaisse-

ment de la voûte plantaire et l'élargissement du bord externe du pied avec leurs conséquences douloureuses. Il a inventé pour remédier à cet état un appareil que loue fort M. Péan qui fait le rapport sur son travail, M. Maurice Bloch déclare qu'il n'y a pas lieu de conserver au pied plat acquis douloureux le nom de tarsalgie qui lui a été donné par Gosselin et qu'il est préférable de lui donner celui de tarsoptose douloureux, puisqu'il existe dans les articulations du tarse d'autres affections qui rendent la marche pénible, et dépendent habituellement du rhumatisme, nécessitant alors un tout autre traitement.

*Séance du 15 juin. — Paralysie ascendante aiguë au cours d'un traitement antirabique.* — M. Rendu fait une communication au sujet d'un cas qu'il a soigné à Necker. Il s'agit d'un garçon d'amphithéâtre, jusque là bien portant, qui se pique, le 20 mars en faisant l'autopsie d'un malade mort de la rage, après une période d'incubation courte et malgré un traitement pastorien intensif, ce qui supposait un virus exceptionnellement actif, Trente-six heures après, par mesure de précaution, il se soumet au traitement antirabique.

Du 22 mars au 1er avril, il reçoit 16 injections de 3, puis de 2 centimètres cubes d'émulsion de moelle de plus en plus actives, et n'éprouve aucun malaise. Le 11e, jour du traitement, il ressent une impression de froid, et une fatigue générale et rentre courbaturé à l'hôpital.

Le lendemain les membres inférieurs sont le siège de fourmillements douloureux; les jambes sont lourdes et engourdies : le malade se plaint de lumbago et se couche avec de la fièvre. Le 3 avril, 13e jour du traitement, il se réveille avec une paraplégie presque complète, incapable

de se tenir sur les jambes, de les soulever du plan du lit, le soir la contractilité de la vessie se perd. Cet état va en s'accentuant et le 6 avril, les battements du cœur sont excessivement fréquents, le malade a une sensation de dyspnée et d'angoisse thoracique sans râles dans la poitrine; les membres supérieurs sont engourdis; la zone d'anesthésie remonte jusqu'aux mamelons. Les mouvements du cou sont gênés, et le malade a de la peine à renverser la tête en arrière. Pendant que se développaient ces phénomènes, les injections antirabiques avaient été continuées. A partir du 4 avril, les symptômes alarmants commencèrent à diminuer, et au bout de six semaines le malade était complètement guéri.

M. Rendu après avoir cru à un cas de rage paralytique, conclut à une myélite ascendante aiguë toxique, analogue à celle que l'on provoque artificiellement chez les animaux par l'injection de cultures virulentes, et il se demande si on ne peut pas l'attribuer aux injections de moelle émulsionnée.

M. Roux s'élève contre cette manière de voir et dit que dans ce cas, en continuant les injections antirabiques, on n'aurait pas vu guérir le malade. Il cite trois cas de myélite ascendante qu'il a observés chez des malades en traitement à l'Institut Pasteur, un entre autres dans lequel le malade n'avait pas encore reçu d'injection antirabique quand la paralysie commença à se développer.

M. Laveran a vu un cas semblable chez un militaire et il a conclu à un cas de rage fruste.

M. Granger s'élève naturellement contre l'interprétation de M. Rendu et lui reproche de chercher à détourner du traitement pastorien de la rage.

M. Brouardel dit qu'il n'a pas connaissance de cas d'inoculation de la rage de l'homme à l'homme.

M. Dumontpellier demande que la discussion soit continuée à la prochaine séance, pour qu'il ne puisse subsister aucun doute sur les avantages du traitement pastorien dans la rage.

*Appareil de marche dans le traitement des fractures de la jambe.* — M. Reclus fait une très intéressante communication à ce sujet et rapporte l'histoire de cinq malades qu'il a traités au moyen de l'appareil de marche et qui trois ou quatre jours après leur fracture ont pu circuler dans les salles de Laënnec et chez lesquels la consolidation s'est faite plus promptement que chez ceux traités par le repos et avec les appareils ordinaires. Ce mode de traitement a aussi le grand avantage de maintenir l'intégrité des muscles, la souplesse des gaînes tendineuses et des articulations, et d'empêcher l'œdème périmalléolaire. Voici la description de cet appareil de marche :

« L'appareil de marche repose sur un principe bien simple : il consiste à prendre, au-dessus du foyer de la fracture un point d'appui osseux suffisant pour un levier rigide, attelle de bois ou de fer, qui transmettra au sol le poids du corps, directement et sans agir sur les fragments osseux, isolés pour ainsi dire, et soustraits aux pressions et aux mouvements dangereux. Pour une fracture de jambe voici comment nous procédons : nous appliquons d'abord un premier appareil, une gouttière postérieure qui prend le pied correctement mis à angle droit, et qui remonte jusqu'au niveau du défaut du mollet, bien au-dessous du chapiteau tibial. Cette gouttière doit être légère et comprendra au plus six ou sept épaisseurs de tarlatane;

elle sera posée le premier jour à moins qu'il n'y ait gonflement du membre, auquel cas on attendrait que la tuméfaction se dissipe. Cette gouttière est un appareil de contention ou de maintien qui a pour mission d'immobiliser les fragments rigoureusement coaptés. Le lendemain, lorsque le plâtre est sec, on enlève les bandes de toile qui l'entourent et on procède à la confection de l'appareil de marche proprement dit. Il consiste en une lame de zinc ou de fer pliée en étrier. Elle est assez longue, pour que ses deux branches atteignent en haut le chapiteau tibial; tandis que, en bas, son extrémité inférieure, élargie en une sorte de semelle, descend jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de la plante du pied. Il nous faut, en outre, deux contreforts ou compresses plâtrées formées de quinze à dix-huit épaisseurs de tarlatane; elles sont larges de 7 centimètres environ et longue de 25 à 30 centimètres. Si nous y ajoutons une large bande de tarlatane saupoudrée a l'avance de plâtre sec et plongée dans l'eau au moment voulu, nous avons tout ce qu'il faut pour bâtir notre appareil de marche.

La technique en est simple : on applique, en dedans et en dehors du membre fracturé, les contreforts de tarlatane de façon qu'ils s'appuient sur l'extrémité supérieure de la gouttière de maintien; puis, ils remontent sur les parties latérales du genou, de l'extrémité inférieure de la cuisse et forment une sorte de lit sur lequel viendra se mouler l'extrémité supérieure des branches de notre lame de zinc. Celle-ci sera placée, et maintenue par un aide, de façon à ce que son sous-pied soit distant de 3 centimètres de la plante du pied, tandis que ses branches, remontant dans l'axe des malléoles, atteindront les contreforts de tarlatane dans lesquels leur extrémité supérieure s'encastrera. On

rabattra alors sur la lame de zinc, la portion libre des contreforts, celle qui remontait vers le genou et la cuisse, et on solidarisera le tout par des tours de bande plâtrée. On sèchera le plâtre avec des baudes de toile qu'on enlèvera le lendemain, et le fracturé pourra, dès ce jour, commencer à marcher ».

*Séance du 22 juin. — Traitement de la myopie.* — M. Chauvel fait un rapport sur une note du Dr Vacher d'Orléans, concernant l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique et traitement de la myopie très forte progressive. Les 46 opérations qu'il a pratiquées jusqu'à présent ont toutes été suivies de guérison et semblent avoir été suivies d'amélioration dans la vision des sujets.

*Observations de grossesse extra-utérine.* — M. Pinard lit un rapport sur deux observations de grossesse extra-utérine qui ont été communiquées à l'Académie de Médecine par MM. Routier et Tuffier. Ces observations ne font que confirmer les préceptes donnés par M. Pinard c'est-à-dire, que, d'une façon générale, l'intervention dans les cas de grossesse extra-utérine doit avoir pour but l'extérinisation du sac, celle-ci se faisant par laparotomie ou par élytrotomie. L'intervention, à moins de cas exceptionnels, doit se borner à extraire le fœtus. L'extraction immédiate du placenta ne doit être tentée que quand le fœtus est mort depuis très longtemps, ou dans le cas où les parois du kyste n'existent pas. L'extirpation du sac ne doit être tentée que quand on a la certitude qu'il n'y a pas d'adhérences, ce qui est absolument exceptionnel.

*Paralysies au cours du traitement antirabique.* — M. Brouardel, à propos de la communication faite par M. Rendu à la

séance précédente, revient sur les myélites ascendantes développées pendant le cours du traitement pastorien de la rage; il dit que les myélites ascendantes sont beaucoup plus fréquentes que semble le croire M. Rendu. Dans le cas particulier, on ne peut admettre l'hypothèse de myélite par action des injections, d'abord parce que la présence de toxine rabique dans les moelles de lapin n'est pas démontrée, et parce qu'un homme dont la maladie aurait pour cause une toxine, ne pourrait guérir alors que d'autres doses plus énergiques lui seraient administrées. L'hypothèse de rage paralytique doit être aussi écartée, car il n'y a pas d'exemples de la transmission de la rage de l'homme à l'homme. Il faut donc admettre que le malade de M. Rendu qui s'est piqué en faisant une autopsie le 20 mars, et qui est tombé malade le 1er avril, n'a subi qu'une infection banale.

*Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le cas de goître exophtalmique.* — M. Reclus rapporte l'observation d'une malade qu'il a soignée avec le Dr Faure. Cette malade était dans un état très grave par suite d'un goitre exophtalmique très avancé. L'opération a consisté dans la résection du ganglion cervical supérieur et d'environ 6 centimètres du grand sympathique de chaque côté du cou. Dès le soir, la malade pouvait fermer ses paupières, le pouls a diminué de fréquence peu à peu il est arrivé à 80 pulsations au bout de trois semaines au lieu de 150 qu'il présentait avant l'opération, et le goitre est à peine sensible; la circonférence cervicale est passée de 39 à 36 centimètres. L'état général s'est considérablement amélioré.

*Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse.* MM. Lancereaux et Paulesco met-

tant à profit la découverte de M. Dashre que l'injection d'une solution de gélatine rend le sang plus coagulable, ont eu l'idée d'essayer de traiter par ce procédé un anévrysme de l'aorte menaçant de se rompre. Il s'agissait d'une aortite paludique suivie d'anévrysme de la crosse de l'aorte chez un homme de 46 ans. On lui a fait une douzaine d'injections dans le tissu cellulaire sous cutané d'une solution stérilisée de gélatine à 1/100 dans une solution de Na Cl à 1/1000 maintenue à 37 degrés.

Chaque fois on a injecté environ 150 centimètres cubes; avec des intervalles de deux ou trois jours. A partir de la première injection, un caillot a commencé à se former dans la poche anévrysmale, peu à peu les battements ont diminué puis disparu, la tumeur a diminué de 2 centimètres dans le sens vertical et d'un centimètre dans le sens transversal et le malade a quitté l'hôpital ne souffrant plus et semblant bien guéri.

*Séance du 29 juin. — Sur des accidents médullaires à forme de myélite aiguë survenus au cours d'un traitement antirabique.* — M. Rendu lit au nom de M. Gros, d'Alger la relation d'un cas de myélite aiguë survenue pendant le cours d'un traitement antirabique chez une personne qui avait été mordue par un chien supposé d'abord enragé, mais qui ne l'était pas réellement. Après la cinquième injection parurent les premiers symptômes paraplégiques. La paraplégie était complète au bout de treize jours. Une huitaine de jours après la suspension des injections antirabiques les mouvements spontanés reparaissaient et la guérison était complète en un mois. Le traitement a consisté en bains, applications de sangsues dans la région lombaire, et seigle ergoté 4 grammes par jour pendant neuf jours de suite.

*De la réparation des pertes de substances du foie.* — M. Cornil en son nom et au nom de M. Carnot, interne des hôpitaux lit un travail duquel résulte que les réparations du foie s'effectuent, comme les cicatrices des séreuses, par la multiplication des cellules du tissu conjonctif et des cellules endothéliales, qui constituent un nouveau tissu cellulaire vascularisé et que la fibrine interposée dans la perte de substance est un adjuvant de ces néo-formations réparatrices.

Dr G. Nimier.

---

## SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Lésions du cerveau et de la moelle dans un cas de démence. — II. Calculs biliaires ou intestinaux. — III. Helminthiase a forme dysentérique. — IV. Des dangers de la bicyclette. — V. Pneumonie; synovites multiples a pneumocoques. — VI. Hydro-pneumothorax tuberculeux guéri après thoracentèse. — VII. Méningite tuberculeuse; séro-diagnostic positif; a l'autopsie, coexistence de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. — VIII. Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale.

### I

(*Séance du 4 juin*). — M. Gilbert Ballet a trouvé à l'autopsie d'un malade mort de démence dans son service, à l'âge de 56 ans, des lésions athéromateuses de toutes les artères du cerveau, athérome qui faisait contraste avec l'intégrité de toutes les autres artères. L'examen microscopique a montré sur des coupes de l'écorce que les fibres à myéline étaient très altérées, il n'y a plus trace

des fibres tangentielles, qui constituent le réseau d'Exner. Cette altération se rencontre communément dans la paralysie générale et a été déjà signalée dans la démence sénile. Les cellules cérébrales présentent de la chromatolyse diffuse. Dans la moelle épinière se rencontrent des altérations analogues.

II

M. Mathieu présente à la Société quatre calculs rendus par une de ses malades; il se demande s'il s'agit de calculs biliaires ou de calculs intestinaux et il penche pour cette dernière hypothèse.

Cette malade, âgée de 39 ans, en a rendu huit ou dix semblables il y a quinze mois, cinq semaines après un accouchement, à la suite de crises douloureuses extrêmement intenses. Ces douleurs ont duré pendant cinq jours; elles siégeaient à la région épigastrique, plus à droite qu'à gauche et se répercutaient dans le dos.

Il n'y a pas eu de jaunisse, les urines ont été plus foncées que normalement : toutefois, le médecin traitant n'a pas pu affirmer l'existence de l'ictère.

Depuis, la malade a eu à plusieurs reprises des crises douloureuses analogues, mais beaucoup moins intenses, et il lui serait arrivé plusieurs fois, à la suite, de rendre par les selles une quantité assez considérable de sable blanchâtre ressemblant à du platras délayé.

Il faut dire que cette malade est atteinte de colite muco-membraneuse et qu'elle élimine constamment des scybales très dures, des mucosités et des membranes blanchâtres. Ce sont là de bonnes conditions pour la production de la lithiase intestinale.

Les calculs que je vous présente, sont-ils d'origine

biliaire ou d'origine intestinale? On comprend mal que des masses grosses comme de grosses noisettes aient pu traverser le cholédoque sans déterminer une jaunisse intense, même en venant de la vésicule par le canal cystique.

Leur aspect donne assez bien l'idée de scybales qui se seraient durcies et imprégnées de sels calcaires.

Une analyse sommaire, faite par M. Laboulais, a montré que ces calculs renferment de la cholestérine, de la matière organique, des sels de chaux et des acides gras, mais pas de pigments biliaires.

Une photographie par les rayons Röntgen montrent des taches sombres correspondant aux parties calcaires et des zones claires correspondant à la cholestérine.

M. Debove trouve que l'observation de M. Mathieu représente le type de la colique hépatique; s'il est exact que ces calculs proviennent de l'intestin, le diagnostic de la colique hépatique deviendra très difficile.

III

MM. Sabrazès et Cabannes rapportent une observation d'helminthiase à forme dysentérique dont nous allons reproduire le résumé. M. Chauffard a publié en 1895 une observation très démonstrative de lombricose à forme typhoïde. L'observation nouvelle montre une autre modalité d'helminthiase infantile.

Un enfant de 6 ans a depuis plusieurs années quelques troubles intestinaux vagues suivis d'expulsion de lombrics, lorsqu'en 1896, il est pris de coliques violentes, avec épreintes, besoins impérieux et répétés diurnes et nocturnes, diarrhée glaireuse et mucineuse avec hémorrhagie. Cet état se perpétue et l'enfant va s'émaciant. On

pense à une dysenterie chronique et on administre successivement de l'ipéca et de l'extrait de racine de simarouba.

Au bout de six mois, le 25 avril, l'examen microscopique vient lever l'inexactitude du diagnostic en montrant une véritable débâcle d'œufs d'*ascaris lombricoïdes* et de *trichocephalus dispar* et l'absence de vibrions, d'amibes et d'anguillules. Le traitement anthelminthique, à la suite duquel sont évacués en deux jours douze lombrics et des trichocéphales, met fin brusquement à cet état de pseudo-dysenterie.

C'est donc là une forme d'helminthiase bien digne de fixer l'attention, simulant pendant plus de six mois une dysenterie grave et restée méconnue jusqu'au jour où l'on songe à faire l'examen microscopique des matières fécales.

On trouvait en outre, dans les selles, des cristaux losangiques de Charcot-Leyden, qui ont été signalés comme se rencontrant fréquemment dans les cas d'helminthiase.

IV

M. Henri Petit fait une longue communication sur *le rôle de la bicyclette dans l'étiologie et la thérapeutique médicales*. Tout en se défendant d'être l'ennemi de la bicyclette il énumère tous les accidents connus causés par elle et il en pose en quelque sorte les contre-indications.

Lorsqu'on fait plus de 15 à 18 kilomètres à l'heure, lorsqu'on monte les côtes à une allure rapide, les battements du cœur atteignent 200 et même 250 pulsations par minute ; c'est alors qu'apparaissent les accidents, soit du côté du cœur, soit du côté d'autres organes.

M. Petit a relevé 8 cas de mort subite ou presque subite survenus chez des bicyclistes et que l'ont peut attribuer presque tous à une maladie de cœur antérieure.

Il rapporte l'opinion d'un grand nombre de médecins qui déconseillent la bicyclette dans un certain nombre d'affections.

Les *maladies de cœur*, qui sont fatalement aggravées par les efforts ; qui peuvent même être produites par l'usage immodéré (cas de Launois).

Les *tuberculeux* qui ne peuvent supporter un tel surmenage. Cependant un usage très modéré serait plutôt favorable chez les tuberculeux en bon état ; il aurait une bonne influence chez les prédisposés.

M. Albu a trouvé chez les coureurs de profession une dilatation considérable du cœur, surtout à gauche ; il a observé aussi 0,05 d'albumine par litre chez un certain nombre de coureurs, immédiatement après la course.

M. Hallopeau fait des réflexions analogues : il rapporte un autre genre de troubles causé par la bicyclette.

Un homme de 55 ans, qui n'a jamais eu de troubles cardiaques, qui fait des ascensions sans fatigue a été pris, après une course assez longue à bicyclette contre le vent, d'intermittences cardiaques qui se répétèrent toutes les cinquante ou cent secondes et qui étaient annoncées par une sensation particulière ; l'examen du pouls lui permettait de constater qu'un battement avait manqué.

M. Rendu rapporte une observation un peu voisine de la précédente.

Il s'agit d'un de nos confrères, d'une bonne santé antérieure, qui faisait de la bicyclette sans excès pendant ses vacances ; il y a deux ans, montant une rampe un peu forte entre Trouville et Villers, par un vent violent qui

lui soufflait au visage, il fut pris d'accidents graves caractérisés par des tendances syncopales, avec anxiété épigastrique excessive, une douleur rétro-sternale persistante, avec irradiations cervico-brachiales, en un mot des signes classiques de l'aortite aiguë. Les accidents, très alarmants au début, se calmèrent au bout de quelques jours, mais le malade conserva longtemps une grande faiblesse et une facilité d'essoufflement extrême. Pendant plus de six mois, M. X... qui n'était auparavant jamais gêné pour monter rapidement les étages, était incapable de gravir quelques marches sans éprouver de l'angoisse et souvent un peu de douleur rétro-sternale.

Sous l'influence d'un traitement prolongé de petites doses d'iodure de potassium, une amélioration considérable est survenue.

M. Le Gendre rappelle une communication qu'il a faite en 1893 au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences sur quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance. Il ne croit pas que les sports et la bicyclette en particulier puissent créer des maladies de toutes pièces, mais il est convaincu qu'ils mettent en évidence des tares secrètes, des maladies latentes.

Comme effet favorable, il a remarqué que la bicyclette faite avec modération, même pendant les règles, modère celles-ci si elles sont trop abondantes, les fait revenir à l'état normal chez celles qui étaient aménorrhéiques ou qui étaient peu réglées.

A la séance suivante (11 *juin*), M. Mathieu lit l'observation d'un jeune homme de 20 ans entré à l'hôpital Andral le 15 mars dernier.

Ce jeune homme, sans antécédents tuberculeux, a tou-

jours été délicat; il a eu dans son enfance une fièvre typhoïde, une scarlatine, une pleurésie; il y a dix ans il a eu des accidents nerveux mal déterminés, caractérisés par des pertes de connaissance précédées d'une période convulsive et se terminant par l'émission involontaire de l'urine.

Il était entraîneur au vélodrome d'hiver et il est resté vingt-neuf heures sans descendre de machine. En descendant de bicyclette il éprouva un violent mal de tête, des éblouissements, des étourdissements; il ne pouvait se tenir debout.

Dans la nuit crachement de sang d'un verre environ.

A son entrée, le malade est prostré, il se plaint de mal de tête, de palpitations ; rien à l'auscultation (cependant 15 jours après, le 30 mars, nouvelle hémoptysie). La rate était volumineuse; les urines étaient claires et abondantes, le tube d'Esbach y indiquait 1 gr. 25 d'albuminé; la température était à 38, 6;

Le lendemain la fièvre montait pour atteindre 40° le soir. Les 17, 18, 19 et 20, le thermomètre oscillait entre 39,5 et 39° ; pour toucher à la normale dès le 21 mars.

Tous les symptômes disparaissaient progressivement sauf l'albuminurie qui persistait à 1 gr. environ, augmentant chaque fois que le malade fait de la bicyclette.

M. Mathieu conclut que ce jeune homme a eu une fièvre de surmenage. Il se demande si l'albuminurie a été amenée par une néphrite consécutive à cette fièvre; ou s'il existait une néphrite latente peu accusée depuis la scarlatine que le malade avait eu dans l'enfance.

Nous serions assez disposés à admettre cette hypothèse qui expliquerait les accidents nerveux de la jeunesse par une urémie préexistante.

V

M. Widal a eu dans son service un homme qui est mort dans le cours d'une pneumonie après avoir présenté des signes de synovites au niveau des gaines tendineuses du poignet droit et du cou de pied gauche.

L'autopsie montra une hépatisation rouge du tiers inférieur du poumon droit.

Les gaines des extenseurs au niveau du poignet droit sont remplies d'un jus grumeleux ; il en est de même pour les gaines tendineuses des péroniers gauches ; et on trouve un peu de liquide puriforme dans l'articulation tibio-tarsienne correspondante.

L'examen bactériologique montre que ces différents pus contiennent des pneumocoques à l'état de pureté, cette observation est intéressante à cause des constatations d'autopsie.

VI

M. Troisier recevait dans son service le 4 février dernier un homme de 25 ans, ayant eu quatre ans auparavant une pleurésie gauche, depuis laquelle il tousse ; cinq jours avant, il ressentit brusquement, sans quinte, ni effort une douleur extrêmement vive à gauche du thorax.

A son entrée, pneumo-thorax gauche évident, d'origine tuberculeuse (les crachats sont remplis de bacilles de Koch.)

Le pneumothorax se tranforme peu à peu en hydro-pneumothorax et l'épanchement va en augmentant.

Le 15 février, la dyspnée était intense, avec déplacement du cœur, cyanose et anxiété ; thoracentèse donnant 750 grammes de liquide citrin et transparent. Soulage-

ment consécutif, mais le 17 mars on doit pratiquer une seconde thoracentèse, car l'épanchement s'était reproduit et on retira 900 grammes de liquide clair.

A la suite de cette seconde ponction, amélioration réelle ; résorption progressive du liquide et de l'air ; le malade quitte l'hôpital le 14 avril pour reprendre son travail. Il est dans un état relativement satisfaisant.

Ce qu'il y a à remarquer dans cette observation c'est l'effet favorable de la thoracentèse sur l'hydro-pneumothorax, cette lésion a guéri complètement. Naturellement la tuberculose qui l'avait causé existe toujours.

En somme ce résultat montre que lorsque l'hydropneumotorax n'est pas toléré on peut et même on doit intervenir ; c'est le contraire que l'on doit faire lorsqu'il n'y a pas des troubles fonctionnels intenses.

M. Rendu est absolument du même avis et l'observation qu'il rapporte vient à l'appui de cette manière de faire.

Il s'agissait d'un jeune homme qui à la suite d'un pneumothorax avait un épanchement très abondant à gauche, refoulant le cœur à droite et remontant jusqu'à la clavicule ; malgré cet état M. Potain appelé en consultation fut d'avis de ne pas pratiquer la thoracentèse puisque l'oppression était médiocre et le déplacement du cœur bien toléré. L'épanchement se resorba lentement et le malade mourut ultérieurement de sa tuberculose.

M. Widal cite une observation assez semblable à celle de M. Troisier.

Il a observé un jeune homme de trente ans atteint de lésions tuberculeuses peu avancées du sommet gauche, entré à l'hôpital pour un hydro-pneumothorax gauche ayant débuté brusquement quelques jours auparavant par un point de côté violent. Le malade était en proie à une

dyspnée extrême; il alla au plus pressé, il pratiqua la ponction et retira 500 grammes d'un liquide séro-fibrineux limpide. Le malade fut notablement soulagé, mais la dyspnée reprit bientôt, et le força à pratiquer une nouvelle ponction de 750 grammes.

« En l'espace de trois mois, il fut amené à pratiquer cinq ponctions successives, guidé chaque fois par la dyspnée qui menaçait la vie du malade. La troisième ponction avait été de 1,000 grammes, la quatrième de 600 grammes, la cinquième de 750 grammes.

« Après la cinquième ponction, le malade se rétablit peu à peu et quitta l'hôpital. Il l'a retrouvé huit mois plus tard, vaquant à ses occupations. Il l'a perdu de vue depuis cette époque.

« Une dyspnée intense, menaçant immédiatement les jours du malade et forçant pour ainsi dire la main de l'observateur, telle est la véritable indication à la ponction au cours d'un hydro-pneumothorax. »

M. Widal ajoute une remarque bactériologique curieuse, le liquide de la première ponction, quoique séro-fibrineux avait donné des cultures pures de streptocoques et malgré la présence de ce microbe pyogène le liquide de l'épanchement ne devint pas purulent.

## VII

*Séance du 18 juin.* — M. Chantemesse présente une observation suivie d'autopsie : il s'agit d'un enfant de 14 ans, entré à l'hôpital avec tous les signes d'une méningite tuberculeuse : céphalalgie intense, rachialgie, vomissements, constipation, pupilles inégales. Comme le malade avait été envoyé avec le diagnostic de fièvre typhoïde on pratique le séro-diagnostic qui est positif.

Mort quelques jours après, l'autopsie démontre la coexistence de la méningite tuberculeuse et de la fièvre typhoïde.

M. Comby a observé un cas semblable avec autopsie.

## VIII

M. Achard fait une nouvelle communication sur la recherche de la perméabilité du rein au moyen d'injection sous-cutanée de bleu de méthylène.

L'injection du bleu doit être faite de préférence à la fesse et profondément, en plein muscle. On évite ainsi la formation des petits nodules d'induration qui se produiraient si l'injection était faite dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La solution de bleu à 1 pour 20, que nous employons et dont nous injectons 1 centimètre cube, doit être parfaitement limpide, quoique d'une couleur très foncée; elle ne doit contenir aucun précipité, le bleu doit y être entièrement dissous, sans addition d'alcool.

Il importe que le bleu injecté soit bien du bleu de méthylène et non l'un des nombreux autres bleus, dérivés également du goudron de houille.

Lorsque le rein est normal, le bleu se montre dans l'urine dès la première heure, il y est à son maximum vers la 2e et 3e heure, puis décroit lentement.

Si le rein est malade le bleu ne se montre que la 3e, la 4e heure et l'élimination est encore plus lente.

Si l'élimination commence trop vite dès la première demi-heure, ce serait pour certains observateurs le signe d'une altération du rein qui présenterait alors une néphrite épithéliale; ceci n'est pas encore complètement établi.

Quoi qu'il en soit cette méthode peut rendre des services.

Dr Marc Jousset.

# REVUE DES JOURNAUX

## ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA NOUVELLE TUBERCULINE DE KOCH

M. Langerhaus présente au Congrès allemand de médecine interne un larynx.

Ce larynx provient d'un maçon traité depuis le 3 avril par la nouvelle tuberculine de Koch pour une légère laryngite tuberculeuse, avec infiltration du sommet gauche ; il n'y avait pas de fièvre et l'état général était satisfaisant. Le cas paraissait favorable à l'essai du traitement. Après la deuxième injection du remède apparaissent des frissons de la fièvre ; les signes locaux s'aggravent. Les injeetions sont continuées et le malade meurt le 28 mai avec une tuberculose miliaire et une aggravation considérable des lésions locales. C'est la répétition des accidents causés par l'ancienne tuberculine. (*Semaine médicale*, 16 juin).

## TRAITEMENT DES DOULEURS DE L'ATAXIE PAR LE BLEU DE MÉTHYLÈNE.

M. Lemoine indique à la Société de Biologie qu'il a essayé 9 fois le bleu de méthylène contre les douleurs des ataxiques. Il a obtenu deux fois une sédation complète, cinq fois une grande amélioration et deux fois aucun soulagement ; les douleurs qui ont le plus vite cédé sont les douleurs fulgurantes et les douleurs en ceinture ; les douleurs vésicales s'améliorent assez vite encore ; les autres douleurs viscérales résistent beaucoup plus et les deux insuccès, ont eu lieu pour des douleurs gastriques. L'effet du bleu de méthylène est très rapide et persiste plusieurs jours. (*Semaine médicale*, 16 juin).

### DU VENIN DES ABEILLES

On admet généralement que le venin des abeilles doit ses propriétés toxiques surtout à l'acide formique, sans qu'on ait eu jusqu'ici la preuve scientifique de cette hypothèse. Dans une communication faite récemment à la Société des médecins de Prague, M. Langer a essayé de démontrer que cette hypothèse était fausse. Pour ses recherches l'auteur a examiné le venin de 155.000 abeilles. Pour reconnaître qu'il s'agissait bien du venin, l'auteur recourait aux expériences sur les animaux, les réactions chimiques de cette substance étant encore inconnues. L'introduction du venin dans le sac conjonctival provoque de l'hypérémie, du chémosis, de la suppuration, et, parfois, de l'hypopyon aseptique; tous ces troubles disparaissent au bout de cinq jours.

Recueilli en une certaine quantité, ce venin se présente sous forme d'un liquide aqueux, d'odeur agréable, de goût amer, de réaction acide et contenant des traces d'acide formique. Mais ce qui prouve que ce n'est pas à ce dernier que le venin doit ses propriétés spéciales, c'est qu'en solution à 1 p. 100 il produit déjà ses effets, et, cependant ainsi dilué il n'a même pas de réaction acide. D'autre part, le venin produit sur la conjonctive son effet habituel même après avoir été conservé à 100° pendant six semaines, c'est-à-dire lorsque toute trace d'acide formique s'est évaporée.

Après de nombreuses expériences, Langer est arrivé à isoler le principe actif du venin d'abeilles. Il a toutes les réactions des alcaloïdes, n'est pas modifié par la chaleur, ni par la congélation; les acides ne l'altèrent pas non plus. Injecté dans les veines aux lapins il amène très rapide-

ment la mort ; en injection sous-cutanée il provoque la gangrène locale ; enfin, introduit par voie intra-péritonéale, il amène la mort au bout de dix heures et après avoir provoqué une agitation extrême des animaux en expérience (lapins). Chez les chiens ces injections donnent lieu aux mêmes phénomènes que les morsures de serpents. L'auteur rappelle en outre ce fait intéressant que les éleveurs d'abeilles deviennent réfractaires à l'action du venin en question. M. Langer continue ses recherches sur le principe actif de ce venin. (*Médecine moderne*, 27 mars.)

---

### TRAITEMENT DE LA PELADE CHEZ LES ENFANTS

Enduire tous les soirs le cuir chevelu d'une pommade soufrée au dixième et contenant un peu d'acide salicylique : le lendemain matin, tout le cuir chevelu est lavé et savonné avec un savon d'acide salicylique, puis frictionné avec une brosse douce, imbibée d'une solution alcoolique contenant une petite proportion de sublimé à 1 ou 2 pour 1.000.

Ce traitement, appliqué sur la totalité du cuir chevelu, a pour but d'empêcher des ensemencements nouveaux de la maladie et de combattre la raréfaction générale de la chevelure si souvent existante.

Quant au traitement de la plaque elle-même, l'auteur emploie des badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100, et même à 2 p. 100, avec addition d'un dixième d'acide acétique. (*Médecine moderne*, 6 *mars*.)

---

# VARIÉTÉS

## ÉCOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

Un certain nombre de médecins homœopathes de Paris, membres de la Société française d'homœopathie, se sont réunis pour fonder une école d'homœopathie.

Ils feront chaque année un cours complet d'homœopathie en trois mois, où seront admis les docteurs en médecine et les étudiants français et étrangers.

A la fin des cours, on fera passer un examen à ceux qui le désireront sur les matières de l'enseignement et on leur donnera un certificat d'étude, purement honorifique il est vrai au point de vue légal, mais qui sera cependant la consécration de leurs connaissances.

Ces cours auront lieu pour la première fois du commencement de novembre 1897 à fin janvier 1898.

Nous annoncerons exactement au mois d'octobre la date exacte, les heures et le local où ils auront lieu.

Le Dr P. Jousset, traitera des généralités de l'homœopathie.

Le Dr Léon Simon, de la matière médicale.

Le Dr Marc Jousset, de la thérapeutique.

Le Dr Tessier, du traitement des maladies de la peau.

Le Dr Love, du traitement des maladies des enfants.

Le Dr Parenteau, du traitement des maladies des yeux.

M. Ecalle, de la pharmacologie.

---

*Le Directeur-Gérant* : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone

# L'ART MÉDICAL

## AOUT 1897

## THÉRAPEUTIQUE

### DE L'EMPLOI DES TOXINES MICROBIENNES EN THÉRAPEUTIQUE

Depuis les travaux de Pasteur sur la guérison de la rage par les moelles rabiques de lapin, ceux de Roux sur le traitement de la diphtérie par la sérumthérapie, les tentatives de Koch pour la guérison de la phtisie par la tuberculine, et tant d'autres qu'il est inutile de citer, personne n'ignore que les poisons microbiens peuvent, au moins dans certains cas et après avoir subi une atténuation, guérir la maladie qui les produit. C'est là une des formes de l'isopathie.

Nous nous placerons à un point de vue différent. Tous les poisons microbiens produisent en dehors de leur effet curatif des symptômes et des lésions aujourd'hui assez bien connus.

La tuberculine, le bacille pyocyanique, le bacille de Lœffler et d'autres encore produisent entre autres lésions des néphrites et des endocardites. Le pneumo-bacille bovis produit des hémorragies, en particulier dans l'estomac et l'intestin. Ce sont ces actions pathogénétiques qui nous ont donné l'idée d'employer ces toxines comme médicaments. Le professeur Bouchard dans son livre des

microbes pathogènes écrit ceci : « si l'*anectasine* (1) empêche la sortie du plasma et des globules blancs, elle empêche aussi la sortie des globules rouges..... ; elle arrête les hémorrhagies et produit l'hémostasischémie. Je l'ai constaté chez l'homme dans 5 cas d'hémoptysie et dans trois cas d'hémorragie intestinale » (page 180).

Guidé par la loi d'indication si féconde du *similia similibus curantur*, nous avons expérimenté plusieurs de ces toxines chez des malades.

Nous ne sommes pas encore en mesure de donner des conclusions fermes sur ce point de thérapeutique mais nous croyons utile de faire connaître nos essais afin que d'autres médecins puissent nous suivre dans cette voie et contribuer à conquérir de précieux médicaments.

Nos essais ont porté jusqu'ici sur deux maladies à peu près incurables quand elles ont atteint un certain degré : le mal de Bright et l'endocardite chronique. Nous ne devions donc pas demander aux nouveaux médicaments employés une guérison, mais une amélioration ; c'est ce que nous avons souvent obtenu.

### *a*) Tuberculine de Koch.

La lecture des autopsies des malades qui ont succombé au traitement de la phtisie par la tuberculine de Koch et celles des animaux sacrifiés pour cette étude nous ont appris l'action de ce poison sur le cœur et sur les reins, et dès l'année 1891 nous avons commencé le traitement d'un certain nombre d'albuminuriques par la tubercu-

(1) Le professeur Bouchard appelle *anectasine* un produit bactérien qui par son action générale sur l'économie rend impossible l'acte dominant de l'inflammation, la diapédèse (page 179).

line de Koch prescrit à l'intérieur à la 6e dilution et à la 3e trituration.

Le résultat de cette médication a été la diminution, quelquefois grande, quelquefois petite, quelquefois durable, quelquefois éphémère, de l'albumine. Nous ne rapporterons point ici les observations particulières de ces malades. On pourra les trouver pour la plupart au moins dans l'*Art Médical*.

b) Sérum de Roux.

Ce sérum produit aussi quelquefois des néphrites, mais elles sont beaucoup moins intenses que celles qui sont dues à la tuberculine. J'ai néanmoins traité plusieurs cas d'albuminurie par ce sérum avec un succès relatif. Les doses et le mode d'administration ont été les mêmes que pour la tuberculine.

c) Bacille pyocyanique.

C'est cette dernière préparation que nous employons en ce moment et nous pourrons appuyer notre opinion sur plusieurs observations. Le bacille pyocyanique a été, de la part du Dr Charrin, l'objet d'une étude très complète, et c'est dans son livre que nous avons puisé les indications qui nous ont guidé dans l'emploi de ce microbe.

Voici les symptômes et les lésions rapportés par Charrin chez le lapin : abattement, perte d'appétit, somnolence, fièvre, diarrhée, *albuminurie* ; quelquefois l'urée augmente; avortement des femelles pleines, amaigrissement, cachexie et enfin paralysie spasmodique caractéristique. Comme lésions, je note comme se rapportant plus spécialement à mon sujet chez un lapin qui avait survécu onze mois et présentait de l'albuminurie dans les trois derniers mois, l'autopsie révéla des lésions considérables.

Les deux reins étaient granuleux et très durs à la coupe, le cœur très hypertrophié. L'examen histologique a décelé l'existence de la dégénérescence amyloïde étendue à presque tous les glomérules et aux parois des gros vaisseaux et des capillaires.

Ailleurs Charrin dit : parmi les altérations rénales, les lésions épithéliales sont de beaucoup les plus fréquentes ; le rein est tantôt lisse, tantôt granuleux, il est plus rarement atrophié (maladie pyocyanique, page 43 et passim).

### d) Bacille diphtérique.

Le bacille diphtérique comme tous ceux que nous avons étudié produit la néphrite et l'albuminurie. Mais son action sur le cœur semblerait, d'après le mémoire que viennent de publier dans les annales de l'Institut Pasteur MM. Mollard et Regaud, beaucoup plus énergique que celle des autres bacilles.

*Lésions trouvées sur les chiens.* — Presque toujours, on trouve sur l'endocarde en divers endroits des ecchymoses tantôt punctiformes, tantôt en nappe. On voit aussi des hémorragies dans l'intérieur du myocarde. « Le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires est parfois gonflé ou présente de petites granulations roses. Cette *endocardite valvulaire* est surtout fréquente sur la mitrale ». (Annales de l'Institut Pasteur, page 106, année 1897).

Chez un chien qui avait survécu cinq mois, l'endartère aortique était uniformément rugueuse, opaline, craquelée à la vue et au toucher.

Le myocarde présentait une coloration bigarrée par des zones pâles alternant avec des zones rouges.

L'examen microscopique démontre les lésions de la fibre cardiaque aboutissant quelquefois à sa complète

destruction. Les lésions des vaisseaux du myocarde sont très fréquentes. Le milieu conjonctif présente une leucocytose interstitielle diffuse. Les auteurs signalent la lésion de la substance corticale des reins mais sans s'y arrêter.

La dernière clinique que j'ai publiée contient l'observation d'un homme atteint d'endocardite chronique compliquée de néphrite parenchymateuse chez lequel le bacille pyocyanique à la 3[e] trituration a fait disparaître complètement l'albumine à deux fois différentes. Cette amélioration ayant été de très courte durée nous avons administré le même bacille pyocyanique, mais à une dose beaucoup plus forte, à la 2[e] trituration. Il s'est produit une aggravation médicamenteuse considérable. Les urines du malade contenaient 7 grammes d'albumine. Il y avait une congestion pulmonaire des plus marquées. Voici maintenant deux observations de malades atteints d'endocardique chronique soumis à un traitement qui a varié avec les indications, mais dans lequel on aura à noter une action très remarquable du bacille pyocyanique.

**Obs. I. — Mme X..., âgée de 37 ans, ménagère, entrée à l'hôpital Saint-Jacques, le 11 novembre 1896, occupe le lit n° 3 de la grande salle.**

**Cette malade, dont le père est rhumatisant, a éprouvé elle-même deux attaques de rhumatisme articulaire aigu l'ayant forcée à garder le lit pendant cinq ou six semaines. Elle fut traitée par le salicylate de soude.**

**Dès sa première attaque, cette malade fut atteinte d'endocardite rhumatismale.**

**A son entrée, cette malade présente un faciès amaigri, couperosé et légèrement cyanosé. Elle éprouve une dyspnée**

habituelle qui augmente beaucoup par le mouvement et se plaint d'un point de côté au-dessous du sein gauche. Le pouls est faible et irrégulier; à l'auscultation du cœur, on perçoit un souffle intense au premier temps, dont le maximum d'intensité est un peu en dehors de la pointe. Ce souffle est très rude et s'accompagne d'un frémissement cataire très marqué. Les urines atteignent à peu près un litre. Elles ne contiennent pas d'albumine. On prescrit Bryone, teinture-mère, XX gouttes.

Ce traitement est continué le 12, 13, 14, 15. Les urines atteignent 1 litre 1/2, mais le point de côté existe toujours.

Le 16. Nux vomica 1re, X gouttes jusqu'au 20. Les urines oscillent entre 1.200 et 1.500 grammes.

Le 20. La dyspnée a augmenté avec menace de lipothymies. On prescrit Cactus 1re, V gouttes. Jusqu'au 25, l'état reste à peu près le même, mais les urines diminuent un peu. On prescrit Spigélia 3e jusqu'au 3.

L'état s'aggrave, les urines varient de 750 à 900 grammes. Elles tombent à 550 grammes, le 30 novembre.

Le 2 décembre, on commence la digitaline, solution de Mialhe, V gouttes.

Le 2 et le 3, les urines atteignent 800 grammes et 1.000 grammes, le 4 décembre.

Le 4, X gouttes de digitaline jusqu'au 9. Les urines se maintiennent à 1.000 grammes. La malade est un peu mieux. On suspend tout médicament pendant cinq jours. Pendant ce temps, l'effet bienfaisant de la digitaline se manifeste, la malade se sent mieux, les palpitations sont moins fortes et moins fréquentes, le frémissement cataire a diminué. Le pouls est plus fort, mais toujours intermittent. Le sommeil est meilleur. Les urines ont un peu augmenté et varient de 1.100 à 1.500 grammes.

Le 14. On reprend la digitaline jusqu'au 18. Les urines se maintiennent à 1.100 grammes.

Le 18, on prescrit XV gouttes de digitaline, mais le point de côté augmentant beaucoup de violence, on suspend la digitaline qu'on remplace par ranunculus bulbosus, teinture-mère, III gouttes. On continue jusqu'au 26 décembre.

Le 26. Le point de côté a beaucoup diminué, mais l'urine étant tombé de 1.200 à 900 grammes on prescrit de nouveau X gouttes de digitaline que l'on continue quatre jours. Sous cette influence, l'urine revient à 1.100 grammes et le pouls qui était à 70 avant la reprise de la digitaline tombe à 45, puis à 40 pulsations.

Du 31 décembre au 6 janvier, les médicaments ont été supprimés.

Le 6 janvier, le pouls étant à 64 et la quantité d'urine à 1.000 grammes. On prescrit bacille pyocyanique, 3e trituration, 0,25 centigrammes.

Ce traitement est continué jusqu'au 13. Le pouls varie entre 55 et 50, les urines s'élèvent progressivement de 800 à 1.850 grammes. La malade accuse une grande amélioration. La marche et le travail sont plus faciles.

Le 14. Le traitement étant suspendu, nous avons 52 pulsations et 1.850 grammes d'urine.

Le 15. Le bacille pyocyanique est donné de nouveau jusqu'au 20. Le pouls oscille entre 55 et 60 et l'urine diminue de nouveau et reste entre 1.000 et 1.100.

Le 20 et le 21, traitement suspendu, 68 pulsations, 750 grammes d'urine le 20 et 900 grammes le 21.

Le 22. On reprend le bacille pyocyanique et on le continue trois jours. Les urines s'élèvent de 1.050 à 1.200. On suspend ensuite le médicament jusqu'au 31 janvier;

malgré cela, les urines s'élèvent à 1.500, 1.700 et 1.750 grammes. Le pouls varie de 68 à 76.

Le 1er février, les urines étant tombées à 750 et le pouls à 88, on revient au bacille pyocyanique le 1 et le 2. Ces jours-là, les urines atteignent 1.250 et le pouls 76.

Suspension du traitement le 3, 4 et 5. Les urines tombent à 900.

On reprend le bacille pyocyanique le 6. et les urines reviennent à 1.000.

La douleur de côté force encore d'interrompre le traitement. On prescrit à la malade nux vom. et actœa racemosa. Les urines oscillent beaucoup. Le second jour de nux vomica, elles remontent à 1.850, le pouls étant à 84. Puis les urines retombent à 1.200.

Le 15. Une névralgie susorbitaire franchement intermittente indique le sulfate de quinine qui est prescrit à la dose de 1 gramme. Les urines atteignent 1.500 grammes et le pouls 88.

Le bacille pyocyanique est repris le 16 février jusqu'à la fin du mois. Les urines qui étaient retombées à 600 et 800 grammes après le sulfate de quinine remontent à 1.300, 1.400, 1.500, et 2.000 grammes.

Le pouls s'élève de 70 à 88. Le jour où il y a eu 2.000 grammes. Le pouls était à 72.

Il n'y a jamais eu d'albumine.

J'ai quitté le service le 28 février. Le Dr Cartier a continué à donner à la malade le bacille pyocyanique à la même dose jusqu'au 5 mars ; les urines sont tombés une fois à 750 grammes, elles étaient habituellement de 1.300 à 1.500 grammes.

Le 5 mars, le traitement fut suspendu. Les urines sont restées à 1.000 et 1.100 grammes l'état général est bon.

Le 10. La malade se plaint de douleurs articulaires et d'insomnie. Le bacille pyocyanique est remplacé par kali bromatum 3e trituration. Ce traitement est continué jusqu'au 15 mars. L'état général est toujours bon, les urines ont un peu diminué de quantité (1.000 grammes) même une fois (650 grammes).

Le bacille pyocyanique est repris le 16. Les urines remontent à 1.100 et 1.150 grammes. La malade se trouve bien. Elle sort de l'hôpital en emportant pour 15 jours de bacille pyocyanique.

*Réflexions.* — La digitaline a produit dans ce cas les effets habituels. Quoique donnée à doses relativement petites V, X et XV gouttes par jour, elle a notablement augmenté la quantité des urines, régularisé le pouls, augmenté sa force et diminué sa fréquence. Par suite, la dyspnée a diminué et l'état général a été meilleur. L'action favorable sur le myocarde a été évidente.

C'est le 6 janvier que nous avons prescrit 25 centigrammes de la 3e trituration d'une culture pure de bacille pyocyanique. Sous l'influence de ce médicament, la pression artérielle a augmenté notablement comme l'indique la quantité d'urine qui atteint 1.850 grammes, la malade accuse une grande amélioration, elle marche facilement et travaille un peu dans la salle.

Le bacille pyocyanique a été continué ainsi pendant deux mois avec des intervalles de repos de plusieurs jours et quelquefois il a été remplacé par la noix vomique, l'actœa racemosa, et même le sulfate de quinine, ces médicaments étant nécessités par des complications de névralgies ou de points de côté.

Toutes les fois que le bacille pyocyanique a été repris, les urines ont augmenté, variant de 1.500 à 2.000 gram-

mes. Le pouls ne s'est pas ralenti comme il l'avait fait avec la digitaline. Il battait habituellement à 72 pulsations, il a atteint quelquefois 88. L'état général s'est assez amélioré pour que la malade demande sa sortie et put retourner à ses occupations.

Obs. II. — Mme X..., âgée de 55 ans, cuisinière, entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 20 février 1897, fut couchée au n° 1 de la petite salle.

Cette femme, replète et pâle, ne présente aucun antécédent particulier dans ses ascendants. Elle même n'a jamais eu d'affections aigues et elle attribue sa maladie actuelle aux fatigues considérables de son métier de cuisinière. Elle fait remonter à cinq ans environ le début de sa maladie. A ce moment, le moindre effort la fatiguait énormément et déterminait facilement des accès d'oppression avec quintes de toux douloureuses. Elle se croyait asthmatique. De temps à autre, à l'occasion d'un effort un peu exagéré, elle éprouvait des palpitations. Cet état dura trois ans sans grand changement.

Il y a deux ans, la maladie présenta d'autres caractères bien plus graves. Les palpitations devinrent intolérables, survenant non seulement à propos d'effort mais dans le repos complet, surtout la nuit. A ce moment ses palpitations s'accompagnaient de dyspnée, de cauchemars. Elle constata alors qu'elle avait de l'œdème des membres inférieurs avec des urines très peu abondantes. Ces symptômes s'aggravant chaque jour, la malade devint incapable de travailler et elle entra chez nous le 20 février.

A son entrée, l'état est assez grave. Prostration complète, figure pâle, comparable à de la cire. Dyspnée considérable. Jambes enflées. Râles fins d'œdème pulmonaire

aux deux bases. Miction presque nulle. Bruit de souffle intense, au premier temps et à la pointe. Pouls régulier mais petit, à 76 pulsations.

Régime lacté. Digitaline, 6e dilution.

Sous l'influence du régime, les urines augmentent. Elles atteignent 500 grammes.

Le 21 février. L'examen de l'urine fait constater 2 grammes d'albumine par litre. On prescrit Bacille pyocyanique, 3e trituration, 0,25 centigrammes à prendre dans la journée. Régime lacté.

Le 22. La prostration est encore très grande, la dyspnée est un peu moindre, cependant pendant la nuit elle a eu un accès assez violent pour nécessiter des inhalations d'éther. Le pouls à 72. Les urines ont augmenté. Elles atteignent 1.000 grammes. Il y a encore 2 grammes d'albumine, même traitement.

Le 23. La nuit a été meilleure et la dyspnée moindre, 1.250 grammes d'urine avec 2 grammes d'albumine.

Même traitement.

Le 24. La malade se sent mieux, elle a dormi, l'urine continue à augmenter 1.600 grammes, avec 0 gr. 80 d'albumine. Les jambes sont presque complètement désenflées, même prescription.

Le 25. L'amélioration s'accentue, les urines augmentent toujours. 2 litres d'urine, et 0 gr. 50 d'abumine.

Même traitement.

Le 26. La nuit a été bonne. Quelques palpitations le soir; 2.100 grammes d'urine 1 gramme d'albumine.

Le 27. La malade se lève deux heures dans la journée. On ajoute à son régime du potage maigre et des œufs. 2.000 grammes d'urine, 1 gramme d'albumine. Même traitement.

Le 28. L'amélioration continue, l'œdème a presque disparu, 2.000 grammes d'urine, un peu moins de 1 gramme d'albumine; même traitement.

1er Mars. Continuation de l'amélioration, 2.000 grammes d'urine, 0,25 grammes d'albumine.

Le 2 et le 3. Mars. Les urines diminuent. Elles sont à 1.500 le 2 mars et à 1.250 le 3.

L'albumine n'a pas augmenté. Alors nous suspendons le médicament le 3 et le 4 mars.

Le 4 mars, les urines remontent à 2.000 grammes.

Le bacille pyocyanique est repris le 5, 6 et 7 mars. Malgré cela les urines descendent à 1.500 et même à 950 grammes le 8 mars. Cependant l'albumine reste dans des proportions infimes, 0,25 grammes.

Les 8, 9, 10, 11 mars, pas de médicament.

Les urines varient de 800 à 1.100 grammes.

Le 11 mars, pas d'albumine dans les urines.

Le 12 mars, reprise du bacille pyocyanique à la 2e trituration : 0,25 centigrammes.

Les urines remontent à 1.000 et 1.050. Traces d'albumine. La malade se trouve beaucoup mieux, a moins de dyspnée, dort bien, marche un peu dans la salle. Le pouls régulier et bien frappé est à 72. Les bruits du cœur sont moins rudes.

L'amélioration me semble arrêtée et je remplace le bacille pyocyanique le 15 mars par le bacille de Lœffler, 3e trituration, 0,25 centigrammes.

Le 16 mars, 1.100 grammes d'urine, pas d'albumine, le pouls assez étendu est à 60. Même traitement.

Le 17, pas d'albumine, 1.100 grammes d'urine, même traitement.

Le 18, les urines augmentent, pas d'albumine, 1.250 grammes d'urine, même traitement.

Le 19, l'albumine n'a point reparu, mais la malade a éprouvé une diarrhée abondante qui n'a pas permis de recueillir les urines.

Le 20, toujours pas d'albumine, la diarrhée persiste, on suspend le traitement. Remarquons que sous l'influence du bacille de Lœffler l'albumine a disparu.

Le 22, la diarrhée a disparu, 0,25 centigrammes d'albumine; 1.000 grammes d'urine; bacille pyocyanique, 3e trituration.

Le 23, augmentation des urines 1.100 grammes. Quelques traces d'albumine, un peu plus de dyspnée et l'œdème des membres inférieurs persiste.

Le 24, augmentation des urines, 1.250 grammes, traces d'albumine.

Le 25, la diarrhée a reparu; les urines n'ont pas été toutes recueillies, environ 1.000 grammes.

Le 26, Bryone, teinture-mère, XX gouttes.

Le 1er avril. La bryone n'a point produit l'effet que nous attendions, les urines sont tombées à 800 grammes et l'albumine a augmenté, il y en a 0,50 par litre. La malade aussi est plus oppressée alors je prescris digitaline de Mialhe XXV gouttes à prendre en deux fois.

Le 2. Grande amélioration, 1.400 grammes d'urine pas d'albumine, pouls à 64.

Le 3. 1.500 grammes d'urine. Traces d'albumine, pouls à 64.

Le 4. Même état.

Le 5. L'urine étant tombée à 900 grammes avec des traces d'albumine, le pouls à 72. On revient au bacille pyocyanique, 3e trituration, 0,25 centigrammes.

Le 6. L'urine remonte un peu, un litre avec trace d'albumine, dyspnée modérée, sommeil la nuit ; même traitement.

Le 7. L'urine atteint 1.750 grammes. Pas d'albumine.

Le 8. L'urine diminue un peu, 1.500 grammes, pas d'albumine. Nous prescrivons le bacille de Lœffler à la 3e trituration 0,25 centigrammes.

Le 9. Le bacille de Lœffler n'a pas empêché l'aggravation qui s'annonçait nous n'avons plus que 600 grammes d'urine contenant un demi gramme d'albumine ; le pouls est bien frappé à 72.

Devons-nous attribuer cette aggravation à la marche naturelle de la maladie ou au remplacement du bacille pyocyanique par le bacille de Lœffler?

Nous nous croyons obligé de revenir au traitement classique et nous prescrivons XXX gouttes de la solution de digitaline de Mialhe à prendre en deux fois.

Le 10. L'état s'est aggravé, mauvaise nuit, dyspnée, cauchemar, 56 pulsations, 600 grammes d'urine comme hier, mais il y a un gramme d'albumine.

Comme la digitaline n'agit souvent qu'après quarante-huit heures, nous laissons la malade sans médicaments.

Le 11. Etat stationnaire, le pouls est à 68 et fort. Il y a un peu plus d'urine, 800 grammes ; un peu moins d'albumine, 0,75 centigrammes, de nouveau XXX gouttes de digitaline de Mialhe.

Le 12. Aggravation, dyspnée, mauvaise nuit, signes d'œdème pulmonaire aux deux bases ; 500 grammes d'urine seulement.

Je prescris Sambuccus, 6e dilution, V gouttes.

Le 13 et 14. Probablement sous l'influence de la di-

gitaline prise le 11, les urines atteignent de nouveau 1.500 grammes. Mais l'albumine atteint 2 grammes.

Les nuits sont mauvaises à cause de la dyspnée. Le pouls est fort et à 72.

L'anasarque que nous avons signalée existe toujours ; depuis que la malade garde le lit, les jambes sont moins enflées, mais les mains sont devenues le siège d'œdème. Il y a des signes d'œdème pulmonaire à gauche et d'un léger épanchement à droite.

Dans ces circonstances nous prescrivons apium virus, 1re trituration décimale, 0,20 centigrammes. Ce traitement est continué quarante-huit heures. L'état ne s'améliore pas, les urines contiennent 1 gr. 50 d'albumine et retombent à 1.200 grammes.

Le pouls est à 56. Nous nous décidons de nouveau à essayer le bacille pyocyanique à la dose d'ordinaire.

Le 17. L'état général s'aggrave encore : délire nocturne dyspnée, mêmes signes à l'auscultation. Je prescris II gouttes de teinture de cantharide.

Le 18 et 19. Sous l'influence de ce médicament, l'urine diminue à 1.000 grammes.

L'albumine augmente considérablement, 4 grammes par litre.

Le danger me semble pressant, l'état devient désespéré. J'essaie encore une fois la digitaline de Mialhe à la dose de XXX gouttes, l'urine diminue au lieu d'augmenter 600 grammes. L'albumine atteint la dose énorme de 7 grammes. L'état général est très mauvais ; la digitaline comme tous les médicaments énergiques, aggrave l'état des malades quand elle ne le soulage pas, ce n'est jamais un médicament indifférent.

Les 22, 23, 24. C'est en vain que j'essaie l'alternance

d'apium virus et d'arsenic, que je fais asseoir la malade sur son lit, les jambes pendantes afin que le liquide de l'anasarque gagnant les parties déclives dégage la poitrine.

La malade est dans une grande prostration, dans un subdélirium continuel, les urines n'atteignent qu'un demi-litre et le 24 au matin elles contenaient 15 grammes d'albumine. Je me décide dans ces circonstances à essayer d'un drastique.

L'eau-de-vie allemande est prescrite à la dose de 40 grammes.

Le 25. Selles très multipliées et très abondantes, amélioration de l'état général, mais il n'y a que 400 grammes d'urine et 8 grammes d'albumine par litre.

Le pouls est bien frappé à 72. J'essaie encore une fois la digitaline de Mialhe à la dose de XX gouttes en une fois.

Le 26. Les urines diminuent encore à 300 grammes. L'albumine varie de 7 à 10 grammes. La prostration, la dyspnée, le délire s'aggravent. Je fais injecter, trois jours de suite, 6 centimètres cube de liquide rénal. J'essaie la teinture d'iode à la dose successive de 3 et 10 grammes. L'aggravation continue. C'est à peine si la malade urine 100 à 150 grammes d'urine.

L'albumine est dans la proportion de 10 grammes par litre. La teinture d'iode a évidemment aggravé l'état local de la malade.

Le 30. Je renonce aux injections de liquide rénal qui n'ont rien produit et je prescris Iodium, 6e dilution.

La malade continue à boire beaucoup de lait.

Les trois premiers jours du mois de mai, les urines sont à peu près nulles, 50 grammes, 100 grammes, 300 grammes au plus.

L'albumine atteint 15 grammes par litre.

La malade prend *opium*, 3^e trituration, contre la somnolence avec délire qui la tourmente jour et nuit.

Le 4 mai. La malade prend vipera, 2^e trituration, 0,20 centigrammes et le médicament est continué pendant six jours. L'albumine diminue assez notablement. Ainsi au au lieu de 15 grammes nous avons 8,7 et même 5 grammes par jour.

L'urine atteint un demi litre, l'état général restant le même et très mauvais.

Le 12 mai, il y a de nouveau 15 grammes d'albumine et seulement 200 grammes d'urine.

Je suspends le traitement pendant deux jours. Amélioration très notable. Etat général meilleur, appétit, pouls à 72, les urines atteignent 1500 grammes et ne contiennent que 2 grammes d'albumine. Je prescris alors *Vipera*, 6^e dilution, parce que la 2^e trituration, après une très légère amélioration, a aggravé notablement l'état du rein et que la suspension du médicament pendant 48 heures a été le signal d'une amélioration considérable. La malade, indépendamment du lait qu'elle continue à prendre, mange des œufs, du potage et des légumes.

Le 17 mai, la malade est prise d'un épistaxis qui résiste à Ipéca, 1^re trituration, et nécessite le tamponnement.

Les jours suivants l'état de la malade s'améliore, elle se lève, elle mange avec appétit peut-être trop, car l'albumine augmente de nouveau, et l'urine tombe à 500 grammes.

Le 21 mai, la malade prend Vipera 3^e un seul jour, l'albumine a atteint 1 gramme et les urines sont à 500 grammes. Jusqu'au 27 mai, la malade ne prendra pas de médicament; le lendemain de la suspension de

Vipera, l'urine remonte à 2 litres et l'albumine retombe à 0,50 centigrammes.

Le 27 mai, les urines étant à 1000 grammes et l'albumine à 0,75 centigrammes on donne une nouvelle dose de la 8e trituration de Vipera. Puis le médicament est tout à fait suspendu jusqu'au 7 juin, c'est-à-dire pendant dix jours; l'état général a été assez bon, la malade se lève toute la journée, marche un peu, prend ses deux litres de lait, mais comme elle a très faim elle mange de l'omelette, des œufs sur le plat, des potages maigres.

A partir du 1er juin, l'essoufflement ayant augmenté ainsi que l'œdème des jambes, l'albumine étant remonté à 1 gramme et l'urine descendue à 750 grammes, je remets la malade au régime lacté absolu.

L'albumine redescend à 0,25 centigrammes et la quantité des urines varie entre 1500 et 2000 grammes.

La malade respire assez bien mais l'œdème augmente et il y a de l'eau dans le péritoine.

Le 8 juin, on prend Vipera, 2e trituration, on répète ce médicament le lendemain et on le suspend pendant trois jours. L'albumine reste à 0,25 centigrammes mais l'urine oscille entre 500 et 550 grammes. L'ascite fait des progrès.

Le 13 juin, de nouveau 20 centigrammes de la 2e trituration de Vipera. L'albumine augmente à 0,75 centigrammes. L'urine reste à 500 grammes. Aussi l'ascite commence à gêner beaucoup la malade.

Le 15 juin, l'action de Vipera semblant épuisée, j'essaie le bacille pyocyanique à la 3e trituration et à la 1re trituration le 17. L'albumine diminue un peu à 0,50 centigrammes. Les urines restent à 600 grammes. Le ventre

est très distendu, la dyspnée considérable, les nuits mauvaises et agitées.

Le 20 juin, j'essaie la Bryone, XX gouttes de teinture-mère, que je porte à XXX gouttes le 21 juin parce qu'il n'y a pas eu d'effets produits,

Le 22 juin, l'état s'est encore aggravé, la dyspnée est considérable les nuits mauvaises, le ventre très distendu. Je me décide à pratiquer la ponction qui ne me donne guère que 3 à 4 litres de liquide très coloré. On continue la Bryone XXX gouttes.

Le 23 juin, très peu d'urine, 250 grammes, trace d'albumine. Je prescris 100 grammes d'éther dans 200 grammes d'eau. Une cuillerée toutes les heures.

Le 24 juin, l'éther n'a rien produit, l'état général est mauvais, le liquide de l'ascite s'écoule continuellement par l'ouverture, les douleurs abdominales arrachent des cris à la malade. Colocynthis teinture-mère, III gouttes.

La malade n'a pris qu'un demi-litre de lait.

Les 25 juin, très mauvais état, traces d'albumine dans les urines, seulement 250 grammes d'urine. Le liquide de l'ascite s'écoule toujours, le ventre est moins ballonné.

J'essaie de nouveau Vipera, 2e trituration, puis colocynthis contre les douleurs de ventre.

Le 28 juin, on n'a pu recueillir les urines, la malade urine sous elle, elle a la diarrhée involontaire. Etat général très grave.

La coloquinte a calmé les douleurs de ventre.

Le 29 juin, même état, j'essaie une injection sous-cutanée de *Vipera*, 3e trituration, dix centigrammes dans un gramme d'eau.

Il est nécessaire de résumer cette longue histoire qui

a offert tant de péripéties dans ses symptômes, et nécessité des médications si diverses.

Nous résumerons l'action des produits bacillaires, bacille pyocyanique et bacille de Lœffler. Nous aurons à montrer les inconvénients que présente quelquefois l'administration de la digitaline, l'échec complet de la Bryone, de la cantharide. de l'iode et du suc rénal dans le traitement de la néphrite. Enfin, les résultats extraordinaires quoique malheureusement non définitifs du venin de vipère.

La première fois que le *bacille pyocyanique* a été prescrit, la malade présentait un état fort grave; le repos au lit et le régime lacté n'avaient produit que 500 grammes d'urine et ses urines contenaient deux grammes d'albumine par litre; la prostration était considérable, la dyspnée intense, avec anasarque et œdème pulmonaire. Sous l'influence du traitement, l'urine s'éleva à 200 grammes, l'albumine fut réduite à 25 centigrammes par litre. Le sommeil, l'appétit, les forces revinrent, l'anasarque diminua; il s'opéra une sorte de résurrection; cet effet fut obtenu par trois semaines de traitement.

Le *bacille de Lœffler*, prescrit ensuite pendant 5 jours, à la 3e trituration, amena la disparition complète de l'albumine.

Vers la fin du mois de mars, l'état de la malade s'aggrava progressivement, les urines diminuèrent de nouveau et si le *bacille pyocyanique* parvint encore à augmenter les urines, il ne parvint pas à reproduire l'amélioration des premiers jours. Nous crûmes alors devoir revenir au traitement classique par la *digitaline* à la dose de XXX gouttes de la solution de Mialhe. Après une légère amélioration caractérisée par une augmentation très

passagère de la quantité des urines, la digitaline aggrava manifestement l'état de la malade, la quantité d'urine fut réduite à 600 grammes et l'albumine atteignit le chiffre de 7 grammes par litre. Etat général très grave, anasarque, symptômes d'urémie, alternance de délire et de somnolence.

A ce moment on tenta des injections de *liquide rénal* sans aucun succès, la digitaline reprise de nouveau, la teinture d'iode, la teinture de cantharide ne réussirent qu'à aggraver l'état de la malade qui rendait à peine 150 grammes d'urine lesquelles contenaient une proportion de 15 grammes d'albumine par litre.

Je tentai alors une dérivation puissante sur le canal intestinal avec 40 grammes d'eau-de-vie allemande. Ce drastique produisit des selles très multipliées et très abondantes avec une amélioration notable de l'état général et principalement les symptômes cérébraux. Les urines atteignirent 400 grammes avec 8 grammes d'albumine par litre. La digitaline reprise à ce moment rejeta la malade dans l'état le plus grave.

Les urines varient entre 150 et 300 grammes et l'albumine atteint le chiffre énorme de 15 grammes. L'état général est déplorable, c'est presque l'agonie.

Le 4 mai, je prescrivis 20 centigrammes de la 2e trituration de *venin de vipère* sans grande efficacité pendant les six jours de son administration, mais le médicament ayant été suspendu pendant 24 heures, une amélioration considérable se produisit. Les urines s'élevèrent à 1 litre 1/2, l'albumine tomba à deux grammes mais ce qui fut surtout remarquable, ce fut l'amélioration de l'état général, la cessation du délire, le retour de l'appétit, du sommeil et des forces. Puis le 17 mai, alors que la ma-

lade ne prenait plus de médicament depuis huit jours; survint un épistaxis extrêmement abondant qui nécessita le tamponnement.

La malade reste dans un état satisfaisant jusque vers le 15 juin c'est-à-dire pendant un mois. L'action de *vipera* est entretenue par des doses assez espacées, les urines sont abondantes de 25 à 75 centigrammes. La malade se lève, dort. Elle a de l'appétit, elle mange même un peu trop.

A ce moment une aggravation se produit de nouveau avec les symptômes ordinaires : diminution des urines, augmentation de l'albumine, dyspnée, anasarque et enfin une ascite qui fait des progrès rapides. Bientôt une ponction est nécessaire, la malade n'est point soulagée. Les symptômes urémiques reparaissent. Tout semble de nouveau perdu.

Le 29 juin, je me décide à pratiquer une injection sous-cutanée de *venin de vipère* à la troisième dilution ; sous l'influence de cette médication, les urines deviennent plus abondantes, l'albumine disparaît, l'état général s'améliore un peu, la malade recommence à prendre 2 litres de lait en vingt-quatre heures, mais les symptômes cérébraux persistent, elle urine sous elle continuellement, elle a une diarrhée considérable et l'état des forces décline d'une manière alarmante.

9 juillet 1897. La diarrhée a cédé à l'action de phosphori acidum, prescrit d'abord à la dose de trois gouttes par jour, puis enfin de dix gouttes par jour.

Nous avons continué les injections sous-cutanées de venin de vipère à la dose de 10 centigrammes de la 3e trituration. L'amélioration que nous avions déjà constaté le 29 juin s'est accrue sous l'influence de cette médication.

L'albumine n'a pas reparu, les urines involontaires semblent très abondantes, la diarrhée a cessé. Aujourd'hui 9 juillet, les symptômes cérébraux qui étaient déjà en décroissance ont disparu tout à fait, la malade se rend compte de son état; elle a faim, elle demande à se lever et à manger. Elle demande le bassin pour les urines, ce qu'elle n'avait pas fait depuis quinze jours. Le pouls est bien frappé, à 84, la respiration bonne, l'anasarque a diminué; c'est encore une résurrection.

Je regrette d'être obligé de quitter le service en ce moment.

Le dernier traitement employé chez cette malade est tellement en dehors des usages ordinaires que nous avons besoin de le justifier.

En premier lieu pourquoi avons-nous choisi le venin de vipère, par cette raison que ce venin a une localisation spéciale sur le rein et qu'il produit l'hématurie.

En effet, M. Calmette observe avec raison (Annales de Pasteur, mars 97, page 230) que le venin des vipérides et celui des colubrides ont une action différente. Les vipérides seuls ayant une action spéciale sur le rein.

Les principaux reptiles de la famille des vipérides sont : la vipère, le crotale, le daboja et le spendechis d'Australie. Les principaux colubrides sont : cobra, capel, naja et bungare.

Si donc nous avons choisi le venin de vipère, c'est d'une part, qu'indépendamment de son action sur le cœur, il agit plus spécialement sur le rein, c'est, d'autre part, parce que ce reptile habitant nos climats, il est plus facile de s'en procurer le venin.

Nous nous sommes décidé à administrer ce médica-

ment par la voie sous-cutanée parce qu'il ne produisait plus d'action par la voie stomachale.

Nous n'avons pas été effrayé par l'idée d'inoculer directement un venin parce que nous avons été rassuré en réfléchissant que la 3e trituration représentait une atténuation au millionième, et par conséquent une dose incapable de produire des accidents.

Dr P. Jousset.

---

# HYGIÈNE

—

## TRAITEMENT ALIMENTAIRE DE LA PHTISIE PULMONAIRE

### I

S'il est des pays qui n'ont point de phtisiques (1), comme l'Abyssinie, il y en d'autres qui en ont beaucoup; tel est le cas de la France. En effet, dans notre pays, plus du cinquième des décès sont occasionnés par la phtisie. Sur 8 à 900.000 décès annuels, il y en a près de 200.000 provenant de cette maladie.

Un grand nombre de malades, mourant d'autres maladies, ont des traces de tubercules pulmonaires guéris ou non évolués. Ainsi Hugues Bennett a trouvé des cicatrices de tubercules chez le quart ou le tiers des morts, Roger et Natalis Guillot chez 4 sur 5. Le Dr Perroud en a trouvé chez tous les vieillards de l'hospice de la Charité de Lyon, âgés de plus de 70 ans. Le Dr Boudet, en autopsiant

(1) Extrait du *Lyon Médical*, 18 juillet 1897.

1.000 sujets des hôpitaux de Paris, morts de toute autre maladie que la phtisie, en a trouvé 9 sur 11 ayant des tubercules pulmonaires non évolués ou cicatrisés.

Sur 11 passants que vous rencontrez dans les rues de Paris ou de Lyon, il y en aurait donc, d'après le Dr Boudet, 9 qui ont des tubercules pulmonaires qui ont évolué ou peuvent évoluer sous l'influence d'une cause déprimante.

## II

Pour prévenir cette maladie, que faut-il faire? Il faut maintenir ou développer l'embonpoint et non l'obésité. Aussi le professeur Fonssagrives, dans sa *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire*, page 44, dit très justement : « Tout individu prédisposé à la phtisie qui traverse une phase accidentelle d'amaigrissement confine à la période de tuberculisation confirmée..... Beaucoup d'amaigrissements ont été considérés comme symptômes de début, alors qu'ils constituaient des conditions provocatrices de l'évolution tuberculeuse. »

L'embonpoint peut prévenir cette évolution, car il entretient les forces et la vie. Ainsi, à la fin de l'Empire romain, l'État n'ayant pas assez de soldats pour s'opposer à l'invasion des barbares, enrôla les gladiateurs; quoiqu'ils fussent de forts beaux hommes, très vigoureux, ils ne purent pas supporter les fatigues de la guerre parce qu'ils n'avaient pas d'embonpoint, pas de cette réserve de graisse nécessaire pour l'entretien de la vie dans l'intervalle des repas.

Les hommes mourant de faim succombent au bout de quatre jours, s'ils sont maigres; ils succombent au bout de huit, dix ou quinze jours s'ils sont gras. La graisse agit comme combustible entretenant la chaleur et par

conséquent les forces de l'organisme, puisque, d'après Milne-Edwards, 18 pour 100 de la chaleur produite dans le corps se transforment en forces. Comme nous l'enseigne Liebig, dans ses *Lettres sur la chimie*, page 210, de même que le carbone des aliments, la graisse accumulée dans l'organisme en brûlant dans le corps des animaux dégage exactement autant de chaleur que si elle brûlait dans l'air ou l'oxygène. La seule différence, c'est que la quantité de chaleur produite se répartit en des intervalles de temps inégaux. Dans l'oxygène pur la combustion se fait d'une manière plus rapide et la température est plus élevée. Dans l'air la combustion est plus lente et la température est moindre, mais aussi elle se maintient plus longtemps. Dans l'organisme vivant la combustion est encore plus lente, la chaleur moindre, mais elle se maintient encore plus longtemps.

III

On doit donc prescrire aux phtisiques les aliments qui produisent le plus de chaleur, puisque ce sont ceux-là qui produiront le plus de forces. Liebig, dans ses *Nouvelles lettres sur la chimie*, p. 149, nous enseigne que pour maintenir le corps à la même température, à temps égal et à dépense égale d'oxygène, il faut :

100 de graisse ;

240 d'amidon ou farineux ;

249 de sucre de canne ;

263 de sucre de raisin ou sucre de lait ;

770 de chair musculaire fraîche sans graisse.

D'après ces chiffres, Liebig conclut que 1 kilogramme de graisse produit autant de chaleur que 2 kil. 4 d'amidon,

que 2 kil. 5 de sucre de canne, que 2 kil. 6 de sucre de raisin et que 7 kil. 7 de viande dégraissée.

Ainsi il faut prescrire en premier lieu les matières grasses, lait, crême, beurre, graisse de viande, moelle des os, lard, huiles végétales ou animales; en second lieu, les féculents ou farineux; en troisième lieu les matières sucrées, sucres divers, fruits divers (figues, dattes, raisins, cerises, fraises).

Les aliments qui produisent le plus de chaleur dans l'organisme sont également ceux qui produisent dans le corps le plus de réserve de graisse et par suite le plus d'embonpoint, et c'est dans l'ordre suivant : 1° Matières grasses; 2° Féculents; 3° Matières sucrées, qu'il faut les prescrire aux phtisiques.

## IV

Il ne faut pas prescrire la partie maigre de la viande qui, lorsqu'elle est employée *exclusivement*, fait maigrir et occasionne l'anémie. Ranke, après avoir nourri des chiens avec de la viande maigre, remarqua au bout de quelques jours chez ces animaux du dépérissement et de la maigreur qu'il fit cesser en leur donnant de la graisse et des féculents.

La viande est un excitant, mais non un fortifiant, comme le démontre l'expérimentation de deux physiologistes allemands, Lichtenfels et Froelich, de Vienne. Ils constatèrent que, après avoir fait un repas exclusivement avec la viande (partie maigre), l'accélération des battements du cœur avait lieu plus tôt, et que, après un repas composé de matières grasses, féculentes ou sucrées, l'accélération des battements du cœur avait lieu plus tard, mais elle était plus intense et plus prolongée. C'était là

un point important, car le cœur est le corps de pompe qui lance le sang et la vie dans toutes les parties du corps.

La viande produit donc une excitation artificielle et peu prolongée. Cette excitation se produisant chez les gens habitués à se nourrir de viande, leur manque le vendredi, jour où ils s'en abstiennent ; c'est pour cette raison qu'ils disent souvent avoir moins de force ce jour-là.

Les végétariens ont grandement tort de rejeter en bloc la viande, car celle-ci est constituée par deux parties qui ont des propriétés différentes et même opposées. La graisse de la viande est calmante, fortifiante, tandis que la partie maigre produit une excitation artificielle bientôt suivie d'affaissement.

Pourquoi d'ailleurs les végétariens acceptent-ils les matières grasses végétales (huiles végétales diverses, beurre de cacao) et répudient-ils les matières grasses animales (huiles de poissons, graisse de viande, moelle des os) qui ont les mêmes propriétés nutritives que les matières grasses végétales?

On recommande la viande (partie maigre) parce que c'est un aliment azoté pouvant fournir aux muscles l'azote dont ils ont besoin. Mais dans ce but on devrait avant tout recommander les quatre féculents (pois secs, lentilles, haricots, fèves) qui sont plus azotés que la viande et procurent, en outre, plus qu'elle de la chaleur et de l'embonpoint.

Il ne faut pas prescrire non plus le vin, les alcooliques, le café, le thé, la kola, la coca qui font baisser la température, comme on peut s'en convaincre en plaçant un thermomètre sous l'aisselle immédiatement avant d'ingérer l'une de ces boissons et en le replaçant une demi-

heure après ; on verra alors la température baisser d'un 1/2 degré à 1 degré.

V

L'alimentation avec la viande, le vin, le café, etc., qui constitue le prétendu régime tonique, est funeste aux phtisiques : c'est ce qu'on peut constater chez les habitants du département du Gers quand on les compare avec les habitants du Finistère et du Morbihan. Dans sa *Géographie médicale*, Boudin nous apprend que les maladies de poitrine procurent, sur 100.000 jeunes gens :

Dans le Morbihan, 51 exemptions pour le service militaire ;

Dans le Finistère, 60 exemptions pour le service militaire ;

Dans le Gers, 405 exemptions pour le service militaire.

Et pourtant les vignerons du Gers habitent un pays plus chaud entre le 42e et le 43e degré de latitude, et font quatre repas quotidiens, dont deux à la viande et au vin, tandis que les Bretons habitent une contrée plus froide entre le 48e et le 49e degré de latitude, et ne mangent de la viande qu'aux *Grands Pardons*, c'est-à-dire cinq à six fois par an. Les habitants du Gers, malgré leur régime prétendu tonique, ont donc huit fois plus de phtisiques que les habitants du Morbihan.

Le prétendu régime tonique est donc très funeste, puisqu'il contribue à la mort de près des 200.000 Français qui succombent à la phtisie. Si ces sujets prédisposés à cette maladie avaient suivi, non ce régime, mais le régime fortifiant et engraissant constitué par les matières grasses, les féculents, les matières sucrées, il n'en serait pas mort 200.000, mais seulement la huitième partie, soit 25.000.

C'est du moins ce qu'on peut conclure en comparant le régime et la mortalité des habitants de la Bretagne et le régime et la mortalité des habitants du département du Gers.

Si le régime fortifiant et engraissant était généralement adopté en France, comme dans certains départements, il y aurait environ 178.000 décès par phtisie de moins chaque année, ce qui serait bien opportun en ce moment où le nombre des décès tend à dépasser le nombre des naissances.

## VI

Après avoir exposé le traitement alimentaire préservatif de la phtisie, je vais faire connaître le traitement alimentaire curatif. Le second est le même que le premier, mais il est appliqué différemment et avec plus de soin.

Dans son livre : *Maladies par ralentissement de la nutrition*, page 73, le professeur Bouchard dit très judicieusement : « Si, dans les maladies aiguës, le développement excessif du tissu adipeux (graisseux) peut compromettre la vie en gênant les actes respiratoires, l'absence de tissu adipeux déterminerait une mort assez rapide en livrant à la combustion fébrile les tissus essentiels. Le tissu adipeux est la sauvegarde du fébricitant, il lui permet de vivre pendant la période quelquefois très longue où la fièvre détermine des combustions actives. Le tissu adipeux est donc en quelque sorte un entrepôt de forces disponibles destinées à être utilisées le jour où l'approvisionnement régulier sera interrompu. Il est pour l'individu ce que sont les couches géologiques de charbon pour le travail de l'humanité. »

Nélaton exprimait la même opinion quand il disait à

un médecin lyonnais atteint d'un cancer : « Le meilleur conseil que je puisse vous donner, c'est d'engraisser ; la diathèse adipeuse est le remède à toutes les autres diathèses. » Je rapportai cela au Dr Frédault, de Paris, qui me répliqua : « Nélaton a raison : pendant que j'étais interne à la Salpêtrière, j'ai vu beaucoup de femmes cancéreuses ; celles qui étaient grasses mouraient assez vite avant 30 ans, mais après 30 ans, après 40 ans, elles vivaient indéfiniment. »

Les observations de ces trois célèbres médecins démontrent bien la nécessité de maintenir, de rétablir l'embonpoint chez les malades, et cela est particulièrement indispensable chez les phtisiques. Il y a vingt-cinq ans, j'ai trouvé un régime fortifiant et engraissant dont l'emploi m'a permis de guérir mes clients atteints de diverses maladies, plus souvent et plus vite qu'auparavant. Ce régime consiste à supprimer complètement le café, le thé, le vin, la bière, le cidre, les liqueurs, la viande, le poisson, et à recommander l'usage des matières grasses, féculentes et sucrées.

## VII

D'après les Traités de physiologie de Béclard et de Beaunis, on ne sait pas d'une façon précise quelle est la durée de la digestion ; j'ai cherché par l'expérimentation clinique quelle était cette durée, et j'ai trouvé que trois heures suffisaient pour opérer la digestion de très petits repas. Ceux-ci sont constitués par des aliments pour ainsi dire tout mâchés, demi-liquides et dès lors faciles à digérer et à assimiler. Ce sont des potages au beurre ou à l'huile pour les Méridionaux, des purées de féculents, du lait, du chocolat, du cacao. On doit prendre le lait non écrémé,

froid ou chaud, mais pas bouilli, car alors il est moins nourrissant. Le lait même de vache tuberculeuse n'est nullement nuisible, comme me l'a démontré une expérience faite pendant dix ans dans une famille de quinze personnes, dont deux phtisiques qui ont guéri, expérimentation que j'ai relatée dans le *Lyon Médical* du 8 mars 1891.

Voici encore d'autres aliments très nourrissants :

La farine de maïs, qui contient quatre fois plus de matières grasses que le froment ;

Le gruau d'avoine, qui contient trois fois plus de matières grasses que le froment ;

Les potages ou les purées de haricots, de lentilles, de pois secs ou de fèves ;

Potages de gruau de froment ou d'orge, chocolat, cacao.

Je ne recommande pas les pommes de terre, parce qu'elles sont six fois moins nourrissantes que le pain. Elles ne servent qu'à faire ingérer de la graisse, du beurre et du sel, substances très nourrissantes (1).

Pour que les aliments précités soient bien digérés et bien assimilés, il y a deux conditions essentielles :

1° Les ingérer à petites doses graduellement croissantes, par exemple à chaque repas, 3, 4, 5 cuillerées à bouche, puis 6, 7, 8, 10, 12, mais en assez petites quan-

(1) Nous ferons remarquer qu'il y a une assez grande analogie entre le régime recommandé par le Dr Gallavardin et celui que le Dr P. Jousset applique depuis de longues années aux phthisiques, sous le nom de *régime maigre*; on retrouve dans les deux le lait, les œufs, le beurre, les légumes; le Dr Jousset y ajoute le poisson; le Dr Gallavardin y ajoute les viandes très grasses comme le lard, etc.

que trois heures après le repas on soit presque
que cuillerée pesant généralement 20 gram-
peut savoir exactement le poids des aliments
par les malades.

. Mettre régulièrement trois heures d'intervalle entre chaque repas et ne prendre, entre ces repas, aucun aliment, aucune boisson.

Pour compléter cet enseignement, je vais montrer l'application de ce traitement alimentaire sur deux phtisiques.

Une fillette de 6 ans, auscultée par trois médecins qui constatèrent la phtisie au troisième degré, une caverne dans la moitié d'un poumon, reste deux mois au lit. Toutes les trois heures, même la nuit, repas consistant en six cuillerées à bouche de potage au beurre, lait, chocolat, cacao, soit huit repas quotidiens pesant 960 gr. Vers la fin de sa maladie, son poids augmentait de 280 grammes chaque jour. Aujourd'hui c'est une belle jeune fille de 16 ans au teint coloré.

M. X..., a eu, à 50 ans, une première attaque de phtisie au deuxième degré qui l'a tenu au lit trois mois, pendant lesquels il fit un petit repas toutes les trois heures. A 54 ans deuxième attaque de phtisie ; à la fin de celle-ci il faisait, en vingt-quatre heures, sept repas, chacun de 12 cuillerées à bouche de potage, lait, etc. A ce moment son poids augmentait de 630 grammes par jour. Guérison complète.

Je recommande avant tout l'alimentation précitée pour le traitement de la phtisie, car les médicaments, qui peuvent si bien contribuer à sa guérison, ne seraient généralement pas suffisants, si on n'alimentait pas les

malades de manière à leur procurer leur embonpoint normal.

Règle générale : un médecin consulté par un phtisique peut lui dire : Si j'ai le temps de développer chez vous l'embonpoint normal, vous avez une très grande chance de guérir.

On comprendra l'importance de ce traitement alimentaire en considérant qu'il peut épargner annuellement près de 200.000 décès à la France, dont la population diminue comparativement avec celle des autres contrées de l'Europe.

D^r Gallavardin (de Lyon).

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

### PATHOGÉNÉSIE DU CHLORAL (*suite et fin*)

#### IV. *Etude des symptomes par appareil.*

Symptomes de la vie de relation. — *Moral.* — Le chloral produit des symptômes d'*excitation* et des symptômes de *dépression cérébrale.*

L'*excitation cérébrale* peut être légère, comparable à une ivresse gaie [5] (1) ; elle peut être plus violente, s'accompagner d'irritabilité, de délire violent [22]. La cessation brusque du chloral, continué depuis longtemps, a déterminé une agitation violente accompagnée d'hallucinations terrifiantes de l'ouïe [33]. [Dans son délire, il lance un vase

(1) Les chiffres qui accompagnent certains symptômes permettent de se reporter à l'observation dont ils ont été tirés.

d'eau bouillante à une personne imaginaire placée au pied de son lit et le menaçant ; il parle avec des amis morts] (1).

A un degré plus violent, on a observé des accidents très analogues à ceux du *délirium tremens* « fièvre intense, sueurs, tremblement généralisé, secousses des lèvres et de la langue, parole bredouillée et pateuse ; hallucinations [37] ».

La *dépression cérébrale* peut être un état consécutif à l'excitation [22], ou causée par l'empoisonnement chronique [28] ; elle est caractérisée par la confusion des idées, la faiblesse de l'intelligence, la difficulté de travailler, la perte de la mémoire, la nervosité et un état mélancolique, l'affaiblissement de la volonté. Notons comme effet curatif la disparition d'un état mélancolique [14].

On relève aussi quelques symptômes d'*hystérie* : nervosité avec humeur sombre ou au contraire avec rires immodérés.

*Sommeil.* — [Bâillements, ronflements]. Nous trouvons dans les observations de l'insomnie et du sommeil.

L'*insomnie* paraît être causée par l'empoisonnement chronique [28], [33], [34], [39].

Le *sommeil* peut présenter plusieurs degrés : *assoupissement* ou *sommeil tranquille*, naturel, dont on peut facilement être tiré ; on a signalé pendant les réveils la parole indistincte avec langue épaisse [7] ; le matin au réveil, sensation de fatigue [3] ou de bien être [5], quelquefois de mal de tête [6]. Le *sommeil lourd* dont on

(1) Les symptômes placés entre les signes [] ne se trouvent pas dans nos observations et sont empruntés au *Handbook of Materia medica de Allen*.



peut difficilement être tiré a été signalé. Enfin on observe un sommeil plus profond, avec face rouge et congestionnée, avec balbutiement et réponses inintelligentes dans les réveils, pouvant aller jusqu'au *coma* complet : « perte presque complète de l'intelligence, résolution des membres, respiration difficile, face congestionnée, insensibilité de la conjonctive, pupilles légèrement contractées ; extrémités froides et cyanosées ; pouls fréquent, faible et compressible ; impulsion cardiaque nulle[22]. » « Coma profond avec refroidissement des extrémités, courbatures des membres et anesthésie[12] ».

*Motilité.* — On observe surtout une diminution du pouvoir musculaire siégeant dans les membres inférieurs et pouvant aller jusqu'à la *paraplégie* ; s'accompagnant d'un abaissement de la température ; d'anesthésie des deux jambes[14] ; cette paraplégie présente une durée plus ou moins longue ; elle peut n'être que transitoire[27].

Plusieurs observations relatent des symptômes pouvant être rapportés à l'*ataxie locomotrice* : incoordination des mouvements des membres inférieurs[25] ; douleurs aiguës errantes surtout dans les membres inférieurs[27] ; perte du sens musculaire[27] ; incertitude du mouvement et propension à tomber en avant[28] : plusieurs observateurs ont signalé par l'usage prolongé du chloral la production de symptômes d'ataxie locomotrice sans spécifier davantage[24].

Comme trouble différent de la motilité, on a observé des *convulsions épileptiformes*[24, 34].

*Sensibilité.* — Les *douleurs* siègent principalement à la tête et aux membres inférieurs où nous les retrouverons.

On a signalé une *anesthésie générale* et plus spécialement l'anesthésie des membres inférieurs.

SYNDROMES. — Les empoisonnements par le chloral présentent des associations de symptômes, que nous avons déjà signalé, et se rapportant au *coma*, à l'*ataxie locomotrice*.

On peut noter aussi un *amaigrissement considérable*, une *tendance aux hémorrhagies* [34] et une grande prostration.

*Mouvement fébrile*. — Fièvre très élevée, par *accès*, avec frisson prolongé et peu de transpiration [39]; [transpiration perlant sur le front]. La fièvre est notée dans un grand nombre d'observations, avec température élevée (39,5 ; 41,3) ; par contre, dans une observation [13], après une température de 39,5, on a observé comme effet secondaire 32,9.

SYMPTOMES CÉPHALIQUES. — *Vertige*. — Démarche chancelante le matin, comme par ivresse; vertige avec propension à tomber en avant; [sensation comme si l'on avait trop bu].

*Céphalalgie*. — Mal de tête avec vertiges et nausées en s'éveillant; avec sensation comme si la tête était volumineuse; avec congestion de la tête; dès le matin, douleur, pesanteur augmentant par le mouvement et s'accompagnant de difficulté de penser.

Cercle brulant au front, au-dessus des yeux [1]; douleur violente sus-orbitaire à droite augmentant par le mouvement et en étant étendu, s'irradiant vers l'occiput et diminuant au grand air; cette douleur s'accompagne d'une sensation de froid dans la tête [1]; douleur au-dessus des

yeux surtout à gauche, s'accompagnant d'une sensation de compression des yeux [2]. A noter comme symptôme curatif, la disparition d'une céphalalgie habituelle. [14].

*Face.* — Face rouge et congestionnée est le symptôme le plus fréquemment observé; dans un cas, comme effet secondaire, on a noté paleur mortelle, faciès hippocratique, [13]; le gonflement du visage est plusieurs fois indiqué; gonflement œdémateux du visage surtout des paupières et des oreilles [19].

[Bouffées de chaleur avec rougeur de la face].

Paralysie des muscles de la face [19]. Comme effet opposé, [les machoires sont solidement fermées] (*contracture musculaire*).

SYMPTOMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.* — Les yeux sont injectés et enflammés; la conjonctivite avec larmoiement, gonflement des conjonctives, photophobie, est plusieurs fois notée [écoulement de larmes brûlantes].

Douleur dans le globe de l'œil; comme symptômes alternant, anesthésie du globe de l'œil [12]. La projection marquée des globes oculaires est indiquée dans deux observations [26],[27] (*exophthalmie*).

Couleur jaune des conjonctives [28] (*ictère*).

Gonflement des paupières [difficulté de les ouvrir].

Dans un cas [11], on a observé des signes *d'irido-choroïdite* double avec exsudat pupillaires, troubles de l'humeur aqueuse et du corps vitré, et cécité presque complète; [diminution de la vue] les objets paraissent plus petits et plus étriqués : les fleurs du papier de la chambre semblent rouges et lumineuses [11] [les objets colorés paraissent blancs. Diplopie avec mouches volantes.]

La contraction des pupilles et leur dilatation se trou-

vent notés dans les symptômes avec une fréquence à peu près égale ; cette contraction et cette dilatation sont souvent très marquées ; dans une observation, la dilatation est indiquée comme effet primitif et la contraction comme effet secondaire [13]. Les pupilles, soit dilatées, soit contractées, sont insensibles à la lumière. Pupilles plus sensibles à la lumière, alternatives de contraction et de dilatation pupillaire. Pupilles elliptiques, la gauche forme presque un angle, dirigé d'abord en bas et en dehors, puis en haut et en dehors, la droite présente une profonde échancrure dirigée directement en dehors] (*iritis*).

[Rétine pâle, l'artère et la veine centrales ainsi que leurs branches sont foncées et proéminentes ; état brumeux du fond de l'œil].

*Oreilles et ouïe.* — Gonflement œdémateux des oreilles [tintement d'oreilles].

*Nez et odorat.* — Sensation d'écorchure dans la profondeur du nez.

Symptomes de la peau. — Les éruptions produites par le chloral sont très variées, elles se rapportent à l'*érythème*, à l'*urticaire*, aux fièvres éruptives, *rougeole*, *scarlatine*, *variole*, à l'*érysipèle*, à l'*eczéma* et au *purpura*.

*Erythèmes.* — Eruption érythémateuse d'un rouge brillant, commençant par la poitrine et les épaules et s'étendant au corps entier ; rougeur marbrée de taches livides ; congestion et ulcération de la muqueuse buccale ; desquamation générale [17].

Taches d'un rouge pourpre débutant autour du coude gauche, s'étendant à l'épaule, à l'avant-bras, puis aux jambes, à l'abdomen et au dos, avec inflammation de la bouche [18].

Inflammation érythémateuse des doigts avec desquamation, suivie d'ulcération à la racine de l'ongle avec douleurs vives [24], [31].

Erythème de la tête et du cou augmentant après avoir pris du vin, de la bière, des alcools, [26], [27], [36].

[Rougeur érythémateuse de la tête et du cou, avec élancements douloureux dans les muscles de la face. Erythème par plaques débutant à la tête, avec dilatation vasculaire, s'étendant au tronc et devenant général, en suivant de préférence les gros troncs nerveux].

*Urticaire.* — Plaques d'urticaire volumineuses mélangées à une éruption scarlatiniforme [16].

Urticaire très violent [21 30].

*Rougeole.* — Eruption rubéolique avec gonflement et enflure de la figure, injection des conjonctives, fièvre, soif et démangeaisons [20].

*Scarlatine.* — Eruption ressemblant à la scarlatine lisse mélangée de larges élévations pâles (urticaires volumineux) avec brûlure et rudesse de la peau [16].

Eruptions scarlatiniformes [24] [sur tout le corps avec sensibilité et desquamation].

*Variole.* — Eruption variolique avec fièvre, salivation, enflure de la figure [39].

*Erysipèle.* — Eruption erysipèlateuse [30]; avec gonflement de la face tel qu'il ne pouvait voir [14]; avec fièvre vive, gonflement œdémateux de la face, des joues, des paupières et des oreilles [19].

*Eczéma.* — Les éruptions du chloral paraissent se rapporter surtout à l'eczéma aigu : éruption de taches rouges

confluentes, avec fièvre vive, gonflement œdémateux de la face, des paupières et des oreilles ; l'éruption se modifie de diverses façons, se présentant tantôt sous forme d'*eczéma impétigineux* ou *humide*, tantôt sous forme d'*ichthyose* avec desquamation persistant pendant plusieurs semaines, avec chute de larges plaques d'épiderme, chute des cheveux et de tous les ongles ; abcès consécutifs sur les bras et dans les aisselles[19].

On a signalé aussi des *pétéchies*, du *purpura* (avec ulcérations des gencives et prostration)[24], du *pemphygus ;* des plaques de *gangrène ;* des *abcès* ; la *cyanose des extrémités* s'accompagnant d'ulcérations linéaires autour des ongles.

[Démangeaisons nocturnes empêchant le sommeil].

*Glandes.* — Gonflement des parotides et des glandes sous maxillaires.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Bouche.* — Rougeur des lèvres et des gencives ; gencives fongueuses et ulcérées ; écorchures des lèvres ; lèvres très enflées et crevassées ; injection de la muqueuse buccale ; aphthes et stomatite ulcéro-membraneuse[39].

Langue sèche et brune ; langue fendillée ; recouverte d'un enduit épais ; haleine fétide ; haleine chaude, spiritueuse, chloroformique.

Appétit capricieux ; *anorexie* (symptôme très fréquemment noté) soif intense.

*Pharynx et œsophage.* — Sécheresse de la gorge ; gorge rouge et douloureuse ; gorge couverte d'un enduit épais.

Paralysie partielle de l'œsophage[26], avec difficulté pour manger et pour boire ; il ne peut avaler qu'après s'être étranglé et avoir toussé].

*Estomac.* — Nausées ; nausées s'améliorant par le repas; envie de vomir ; éructations de liquide acide [avec goût d'aliments gâtés] ; chaleur et brûlure d'estomac ; douleur épigastrique.

Comme *lésions* : ramollissement de la muqueuse stomacale qui présente des érosions, des distensions vasculaires et des ecchymoses. Ulcération de la grandeur d'un thaler sur la paroi postérieure [34].

*Abdomen et selles.* — [Coliques]. La *diarrhée* est fréquemment signalée [avec selles gélatineuses ; avec douleur dans le rectum] ; la *constipation* avec selles pâles et dures paraît plutôt un symptôme des empoisonnements chroniques.

*Foie et rate.* — *Jaunisse ;* teinte subictérique ; tuméfaction de la rate.

SYMPTÔMES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. — Ténesme vésical ; irritabilité de la vessie, suivie de paralysie temporaire [24] ; mictions involontaires ; [mictions fréquentes dans le lit sans s'en apercevoir ; mictions fréquentes l'après-midi et la nuit] ; urines albumineuses (empoisonnements chroniques ?) sucre dans les urines [40].

[Pollutions nocturnes abondantes].

[Réapparition des époques au bout de sept ou huit jours].

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — *Larynx.* — Gonflement et rougeur de l'épiglotte et des fausses cordes vocales.

*Poitrine.* — Les symptômes de *dyspnée* sont nombreux : respiration soufflante, suspirieuse, haletante ; respiration

difficile, stertoreuse, intermittente; respiration courte; crises violentes de dyspnées; suffocations. [Soupirs convulsifs].

Toux avec douleur angoissante sous le sternum, râles sous-crépitants fins [39]. Congestion pulmonaire [18]. Toux incessante avec expectoration sanguinolente.

Symptômes de l'appareil circulatoire. — On observe deux états opposés : tantôt l'excitation cardiaque, tantôt l'affaissement du cœur. *Palpitations* violentes, angoissantes; avec pouls dur et fréquent [13] (ces symptômes paraissent constituer l'effet primitif à doses moyennes). Pouls faible, fréquent, dépressible [21] (doses très fortes); pouls faible, avec battements du cœur imperceptibles [13] (effet secondaire). On note encore l'irrégularité des battements du cœur, la faiblesse extrême avec sensation douloureuse; les syncopes; un état lipothymique avec absence du pouls et extrémités froides [38].

Le ralentissement du pouls est noté dans un certain nombre d'observations.

Symptômes du tronc et des membres. — Engourdissement dans les jambes avec douleurs pulsatives dans les mollets et les pieds; douleur dans les muscles des mollets; crampes horribles dans les jambes. Douleur au niveau des jointures, douleurs constrictives autour des articulations.

## V. — *Applications thérapeutiques.*

Le chloral a été peu employé, jusqu'à ce jour, suivant la loi de similitude. Les nombreux symptômes qu'il produit paraissent l'indiquer dans un certain nombre d'affections que nous allons successivement passer en revue.

*Aliénation.* — Les symptômes du chloral l'indiquent

dans la *manie* avec irritabilité, délire violent, hallucinations et dans la *mélancholie* avec confusion des idées, faiblesse de l'intelligence, difficulté pour le travail, perte de la mémoire et affaiblissement de la volonté; dans une observation, l'empoisonnement par le chloral a guéri un état mélancholique [14].

*Delirium tremens.* — L'observation 37 reproduit complètement l'apparence du delirium tremens; il y aurait donc lieu de l'essayer; du reste, entre les mains des allopathes à doses très fortes, il a réussi à ramener un calme relatif.

*Apoplexie cérébrale.* — Il est indiqué par la somnolence, le coma dont il donne une image complète avec perte de l'intelligence, résolution des membres, respiration difficile, face congestionnée et pouls fréquent.

*Ataxie locomotrice.* — L'incoordination des mouvements des membres inférieurs, des douleurs erratiques surtout dans les membres inférieurs, la perte du sens musculaire, l'incertitude des mouvements, avec propension à tomber en avant, permettent de recommander son emploi dans cette maladie si difficile à guérir.

*Paralysie labio-glosso-pharyngée.* — La paralysie partielle de l'œsophage, la difficulté pour manger et pour boire; le fait de s'étrangler en avalant indique le chloral dans cette affection bulbaire; on peut rapprocher de ces symptômes la paralysie et les signes assez marqués d'ataxie locomotrice pour compléter l'indication.

*Mal de tête.* — La céphalalgie le matin avec nausées et vertiges, avec congestion de la tête, augmentant par le mouvement et s'accompagnant de difficulté de penser, s'améliorant au grand air, tels sont les symptômes qui

indiquent le choral dans la céphalalgie. Allen signale qu'il a guéri des maux de tête présentant ces caractéristiques ; nous avons signalé aussi la guérison d'une céphalée habituelle [14].

*Troubles de la ménopause.* — Nous voyons signalé les bouffées de chaleurs, les rougeurs de la face, les vertiges, le retour des époques après sept ou huit jours; on pourrait peut être l'essayer.

*Affections des yeux.* — Le chloral produit un grand nombre de symptômes oculaires; il paraît indiqué dans l'*irido-choroïdite* avec troubles de l'humeur aqueuse: diminution de la vision; mouches volantes. Il nous a paru réussir assez bien tout dernièrement chez une dame à qui nous l'avons donné à la 3e dilution.

*Affections de la peau.* — Il est indiqué dans un grand nombre d'affections cutanées : l'eczéma, l'urticaire, le psoriasis, les érythèmes, le purpura; les démangeaisons et la desquamation abondante sont deux symptômes caractéristiques.

Dans l'*eczéma*, il paraît convenir dans l'*eczéma aigu*, avec fièvre, gonflement érysipélateux énorme de la figure, des paupières et des oreilles; s'accompagnant de prurit intense et suivi de la chute de large plaques d'épidermes; sa pathogénésie l'indique aussi dans l'*eczéma impétigineux*.

Dans le *psoriasis*, il est indiqué par la desquamation répétées. Dans l'*urticaire* et les *érythèmes* dont il reproduit les principaux symptômes, il est surtout indiqué par les démangeaisons.

Dans le *purpura*, il est indiqué par les pétéchies, la tendance aux hémorrhagies, la prostration.

Enfin ses symptômes pathogénétiques pourraient aussi l'indiquer dans l'*érysipèle*, les fièvres éruptives et surtout la *scarlatine*.

*Anorexie hystérique.* — Dans cette affection si difficile parfois à guérir, le chloral pourrait nous être une ressource; l'anorexie est notée dans un grand nombre d'observations; d'un autre côté, on a observé dans les empoisonnements des symptômes se rapportant à l'hystérie : nervosité avec humeur sombre, ou avec rires immodérés; l'amaigrissement extrême, la prostration, les vomissements viennent aussi l'indiquer.

*Scorbut.* — Gencives fongueuses et ulcérées, haleine fétide, pétéchies, prostration, tels sont les symptômes qui peuvent faire penser au chloral pour le traitement de cette maladie.

*Stomatite aphtheuse et ulcéro-membraneuse.* — Il est aussi indiqué dans ces affections puisqu'il produit des symptômes qui s'y rapportent.

*Ulcère simple de l'estomac.* — Nous n'avons que peu de symptômes; nausées, vomissements; brûlure d'estomac; douleur épigastrique, mais les lésions sont caractéristiques : ramollissement de la muqueuse stomachale qui présente des érosions, ulcération de la grandeur d'un thaler sur la face postérieure de l'estomac.

*Ictère.* — Nous trouvons plusieurs symptômes caractéristiques : couleur jaune des conjonctives ; teinte jaune et subictérique de la peau; selles dures et pâles; prurit généralisé.

*Diabète.* — La présence du sucre dans les urines, les

urines abondantes, la soif, l'amaigrissement, la prostration permettent de penser à ce médicament.

*Asthme.* — Les symptômes de dyspnée avec toux sont assez marqués pour faire penser au chloral dans le traitement de l'asthme; les allopathes l'ont employé du reste empiriquement à très hautes doses comme palliatif pendant les accès.

*Asystolie.* — L'action du chloral ressemble assez à celle de la digitale : augmentation de la force cardiaque comme effet primitif, affaissement du cœur comme effet secondaire ou lorsqu'on emploie ces doses très fortes d'emblée, pour qu'on puisse essayer le chloral lorsque la digitale ne nous donnera pas l'effet que nous désirons.

*Doses.* — Ce médicament étant encore mal connu et devant surtout être étudié; nous ne pouvons qu'indiquer les doses d'après celles qui ont produit les symptômes analogues à ceux que nous voulons combattre, laissant à l'expérience clinique de décider.

Nous conseillerons les doses faibles (6$^e$, 12, 30$^e$ dilution) dans la *mélancholie*, la *céphalalgie*, l'*anorexie hystérique*, les *affections des yeux*.

Les dilutions basses (1/10 à 3$^e$) dans l'*apoplexie*, l'*ataxie locomotrice*, les *affections de la peau*, l'*ulcère de l'estomac*.

La substance elle-même à petite dose (0,10 à 0,50) dans la *manie*, le *delirium tremens*, l'*asthme* et l'*asystolie*.

D$^r$ Marc Jousset.

---

# MATIÈRE MÉDICALE

## INTOXICATION PAR L'IODOFORME

Nous avons publié au commencement de cette année dans l'Art Médical une pathogénésie de l'iodoforme, qui a démontré que ce médicament avait une action très marquée sur le cerveau, voici une nouvelle observation qui a été communiquée par M. Auguste Voisin à la société de médecine de Paris et que nous reproduisons d'après la France médicale.

La nommée M..., 41 ans, a été atteinte de métrorrhagies, quatre ans après un accouchement à l'âge de 22 ans. Ces métrorrhagies ont duré pendant six mois avec des accalmies variables de huit jours.

Elle a commencé à souffrir du ventre à cette époque, les douleurs ont augmenté depuis quatre ans.

Une leucorrhée abondante s'est produite depuis 1893; et il est survenu de l'inappétence, une fatigue générale. Le col était gros, manifestement kystique, érodé, et en voie de prolapsus.

Ces accidents ont décidé le D[r] X... à pratiquer le curettage, et l'incision de plusieurs kystes du col (novembre 1893).

Un pansement iodoformé (pulvérisation intra-utérine) fut pratiqué.

Les deux à trois jours suivants, la malade a été prise d'hallucinations auditives, puis visuelles, de faiblesse des

membres supérieurs et inférieurs, de douleurs générales, de découragement et de pleurs.

Les hallucinations de la vue consistaient à voir marcher le papier de tenture de sa chambre, à voir des ombres, des choses obscènes, elle croyait que les objets tournaient.

Elle a été placée dans mon service en février 1894.

Elle était en état de mélancolie profonde, et eu égard à une diminution légère de la mémoire et à de l'inégalité pupillaire, paraissait en voie de paralysie générale quoique l'état hallucinatoire fut très aigu : visions d'hommes et de femmes qui l'entouraient se moquaient d'elle, lui parlaient à voix basse, visions d'objets qui dansaient autour d'elle; état de peur le soir et la nuit; craintes de bouger, de se déshabiller; sensation d'étreinte épigastrique, palpitations, céphalalgie comparable à la pression d'un casque. Elle se mettait en colère contre ses visions, et elle ne pouvait supporter la moindre contrariété — et pleurait à tout moment.

Le sommeil avait presque disparu. La parole était un peu lente, mais nette, l'intelligence intacte à peu de choses près. Elle avait conscience de son état. L'écriture était normale.

Je me suis assuré que ses facultés mentales étaient saines avant l'opération.

En avril, elle a été prise d'un étourdissement, avec convulsions générales qui a duré deux heures.

Elle en a eu d'autres, et elle a succombé à la paralysie générale des aliénés en avril 1896.

L'autopsie a démontré l'existence de la méningo-encéphalite et d'adhérences méningo-cérébrales aux circonvolutions frontales. Je ne tirerai de cette observation que cette remarque : la coïncidence de troubles sensoriels et

mentaux avec une opération à la suite de laquelle le chirurgien a employé le pansement iodoformé, mais je n'affirmerai pas que la malade ne serait pas devenue quand même hallucinée et plus tard paralytique générale.

Il y a dans cette observation de quoi engager à employer l'iodoforme dans le traitement de la paralysie générale.

Dr Marc Jousset.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 juillet. — Opérations césariennes.* — M. Pinard fait un rapport sur 2 cas d'opération césarienne pratiquée, l'une par le Dr Lecerf de Valenciennes, l'autre par le Dr Poncet. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme en travail et présentant une tumeur fibreuse qui ne permettait pas de songer à une délivrance par les voies naturelles. L'opération césarienne a sauvé l'enfant et la mère. M. Pinard croit qu'il aurait mieux valu faire suivre l'incision de l'utérus de l'hystérectomie abdominale totale.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un accouchement prématuré débutant au 225e jour de la grossesse chez une jeune femme qui pendant sa grossesse avait cherché à combattre la déformation de sa taille par une constriction énergique du corset. A l'examen, le Dr Poncet trouva le vagin rempli de petites tumeurs enchondromateuses, et constata dans le sein droit, la paroi adbominale droite

et la grande lèvre droite la présence de tumeurs de même nature. Il se décida alors à pratiquer l'opération césarienne, mais l'enfant extrait en état de mort apparente ne peut être rappelé à la vie et la mère mourut quatre heures après l'opération.

*Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail.* — Nouveau rapport de M. Pinard sur une observation du Dr Mouchet de Sens. Dans ce cas, il y avait un volumineux fibrome qui occupait la plus grande partie du bassin et le fœtus était remonté presque jusque sous le sternum. L'opération césarienne fut suivie de l'hystérectomie totale et la femme était guérie le seizième jour. Malheureusement, l'enfant qui présentait des symptômes asphyxiques à sa naissance, mourut au bout d'un jour.

*Technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode sclérogène.* — M. Lannelongue présente à l'Académie 5 sujets opérés depuis plus d'un an et 8 autres opérés depuis le mois d'octobre dernier jusqu'à il y a un mois. Ces malades étaient porteurs de hernie inguinale et il a employé chez eux la méthode sclérogène pour obtenir la guérison de cette infirmité. Cette méthode consiste à faire des injections de chlorure de zinc au dizième à la périphérie du sac herniaire en prenant comme point de repère le squelette ostéo-fibreux de la région. Il faut éviter d'envoyer du liquide dans la cavité péritonéale ce qui s'obtient en obstruant l'orifice de l'anneau interne par les doigts d'un aide et ne pas blesser les éléments du cordon.

Il faut faire trois injections de chaque côté du cordon. Le nombre total de gouttes à injecter varie de 20 à 80 sui-

vant l'âge des sujets. L'action du chlorure de zinc détermine une ostéopériostite et une vaginalo-funiculite qui amènent rapidement l'oblitération du sac herniaire. Les malades présentés à l'Académie ont montré les différentes phases de la guérison. M. Lannelongue a pratiqué cette opération 51 fois. Dans 44 cas les sujets étaient au-dessous de 20 ans, chez eux l'application de la méthode n'a donné aucune complication locale et elle a amené la guérison persistante sauf chez trois sujets, et encore dans un cas le sujet a été réopéré depuis avec succès. Chez 5 adultes, 4 hommes et 1 femme la guérison a été obtenue. Enfin, M. Lannelongue a opéré dans le service de M. Deny à Bicêtre, 3 malades atteints de volumineuses hernies.

Le premier individu âgé de 60 ans avait deux énormes hernies scrotales depuis sa naissance. Opérées le même jour, le résultat a été la guérison d'un côté, la persistance de la hernie de l'autre côté. Le second, aliéné, âgé de 56 ans a eu une récidive, enfin le troisième sujet âgé de 36 ans portait une double hernie : funiculaire congénitale et volumineuse à gauche ; inguino-pubienne et moins volumineuse à droite, opérées le même jour, il y a eu récidive d'un côté, guérison de l'autre.

*Séance du 13 juillet. — Abcès du foie.* — M. Berger relate l'observation d'un cas d'abcès du foie développé sous l'influence d'une grippe, six ans après une poussée légère d'hépatite survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds. Au moment où on allait opérer cet abcès le malade fut pris de vomique ce qui le soulagea d'abord beaucoup, mais son état général continuant à aller de pire en pire et M. Berger fut forcé de faire l'incision transdiaphragmatique de l'abcès qui guérit alors rapidement. Cette

observation se recommande à l'attention par plusieurs points :

1° Il faut d'abord remarquer le long intervalle de temps qui s'est écoulé entre une poussée très légère d'hépatite au cours d'une d'une dysenterie et l'apparition de l'abcès hépatique. Il semble bien que la grippe ait agi, chez ce malade comme une cause de réveil pour le foyer hépatique latent. L'ouverture spontanée de l'abcès n'a pas permis de rechercher si le pus était stérile, ce qui est d'ailleurs très probable.

2° L'absence complète de signes positifs pendant l'évolution assez longue (deux mois) de cet abcès, n'a permis de le reconnaître, qu'au moment où son ouverture était imminente.

3° L'évacuation spontanée du foyer, par les bronches, a montré que les vomiques sont loin d'être un mode de terminaison favorable, dans les abcès du foie. En effet, le malade a été en s'affaiblissant, jusqu'au moment où l'incision transpleuroperitonéale a permis à l'abcès, de se vider complètement, et au malade de se rétablir très promptement.

M. Rendu a observé un malade, chez lequel il s'est écoulé neuf ans, entre une attaque de dysentérie, et un abcès hépatique. Dans ce cas, le réveil de l'hépatite semble avoir été causé par un grand bain et un embarras gastrique.

*Tuberculose pulmonaire et rayons Rœntgen.* — MM. Bergonie et Mongour ont soumis à l'action des rayon Röntgen quelques tuberculeux. Les tubes étaient placés à 20 centimètres de la peau, et la durée de l'exposition était de dix minutes. Traitement trois fois par semaine.

Dans ces conditions, il n'y a jamais eu ni érythème de la peau, ni accident d'aucune sorte. Voici les conclusions qu'un examen impartial des 5 cas ainsi traités, permet d'en tirer :

1° Dans deux cas de phtisie aigüe observés chez des malades dont la déchéance organique était accrue par l'alcoolisme et les privations, l'action des rayons X a été absolument nulle, aussi bien sur l'état général que sur l'état local.

2° Trois cas de tuberculose pulmonaire chronique ont donné les résulats suivants : Résultat nul, amélioration immédiate de l'état général avec retour des forces et de l'appétit, mais pas de modifications de l'état local. Amélioration de l'état local et général, pendant un mois et demi, puis poussée nouvelle, due probablement à des troubles dyspeptiques graves.

Dans aucun cas le bacille de Koch n'a paru modifié, ni comme nombre, ni comme forme sous l'action des rayons X, ces expériences doivent donc être renouvelées.

*Recherches sur la peste bubonique.* — M. Roux fait une communication sur les résultats auxquels sont arrivés MM. Wyssokowitz et Zabololny, membres de la mission de Bombay la peste a revêtu deux formes : la peste à bubon et la peste pneumonique, Cette dernière a toujours été mortelle. Les médecins russes ont fait une étude expérimentale de la maladie sur les singes qui prennent facilement la peste et chez qui elle évolue absolument comme chez l'homme, avec cette différence toutefois que chez eux elle est toujours mortelle. MM. Wysskowitz et Zubolotony ont essayé d'immuniser des singes avec le sérum anti-pesteux de Yersin. Pendant dix jours, ils

semblaient réfractaires, puis ils prenaient la maladie et mourraient. Il n'est pas douteux qu'on eut prolongé leur résistance en renouvelant l'injection de sérum. La lymphe de Hoffkine qui est une culture de peste en bouillon chauffée à 70 degrés, donne aussi une immunité de quatorze jours. L'injection de culture sur gélose stérilisée à 60 degrés confère aussi une immunité qui ne s'établit qu'au bout de quelques jours, mais persiste plus longtemps que dans les cas précédents. Avec le sérum de Yersin, on peut guérir des singes malades de la peste, mais il faut que l'injection soit faite un ou deux jours seulement après le début de la maladie. L'emploie du sérum de Yersin sur les hommes pestiférés semble avoir abaissé la mortalité à 40 p. 100, tandis qu'avant, elle était de 80 p. 100 au moins.

*Séance du 20 juillet. — De l'ostéoporose progressive.* Le terme d'ostéomalacie a été appliqué à des affections osseuses diverses; de ce nombre est l'ostéomalacie sénile décrite par Charcot et Vulpian, et l'ostéomalacie proprement dite, qui surviendrait chez des femmes ayant eu des enfants. Pour M. Debove il faudrait distinguer des ostéomalacies, une maladie particulière dans laquelle les os quoique très déformés ne sont pas ramollis, et il en donne trois observations personnelles. A l'autopsie, les déformations osseuses présentaient, non pas la mollesse des os ostéomalaciques, mais une diminution de résistance, qui permettait une certaine flexibilité des os longs comme les côtes. L'augmentation de la flexibilité et la diminution de la résistance étaient dues à une raréfaction du tissu osseux. Les canaux médullaires des os longs, les espaces médullaires des os plats, les canaux de Havers étaient beaucoup plus larges

qu'à l'état normal. Les déformations qui intéressent surtout le thorax, et particulièrement la colonne vertébrale ne progressent pas d'une façon continue, mais par poussées durant plusieurs mois. Les poussées s'accompagnent de douleurs vives, ne suivant pas le trajet des nerfs et qui semblent pouvoir être attribuées à la distorsion des parties. La marche est chronique, progressive et les malades succombent à des accidents thoraciques comme on l'observe si souvent chez les bossus, M. Debove propose de donner à cette affection, le nom d'ostéoporose progressive.

*Application du sérum antitétanique au traitement du tétanos déclaré chez le cheval.* — Des expériences auxquelles s'est livré M. Nocard, à Alfort, il résulte que l'injection intraveineuse d'une dose considérable de sérum antitétanique est impuissante à enrayer l'évolution du tétanos déclaré chez le cheval. M. Nocard n'en conclut pas au rejet de l'emploi du sérum dans le traitement du tétanos confirmé, car son usage a l'avantage de diminuer les crises et de les rendre moins intenses. D'ailleurs, le sérum antitétanique, employé à titre préventif réussit merveilleusement et son injection s'impose dans tous les genres de traumatismes que l'on sait être fréquemment suivis de tétanos.

*De la présence habituelle des microbes dans le placenta et du rôle préservateur des thromboses.* — M. Delore ayant remarqué que tous les placentas présentant des plaques de thrombose a pensé que ce phénomène si remarquable pouvait avoir pour but la préservation du fœtus contre les microbes en circulation dans le sang maternel et qui ont

échappé à la phagocytose. Pour le prouver, il a procédé à la recherche des microbes dans des plaques thrombosiques sur des placentas provenant de femmes n'ayant eu aucune maladie pendant leurs grossesses et dont les enfants étaient vigoureux. Constamment, il a trouvé des microbes sans que leur siège ait pu être encore complètement déterminé. On en trouve entre le chorion et les couches fibrineuses, d'autres fois on les voit contre les parois villeuses ou dans les espaces intervilleux, enserrés par le caillot thrombosique. Quant aux espèces rencontrées, M. Delore a trouvé des streptocoques, surtout des staphylocoques, des micrococques et des diplocoques isolés ou en chaînettes. Ces microbes avaient presque tous conservé leur vitalité. Les thromboses placentaires ont pour résultat de renforcer la barrière entre la circulation maternelle et la circulation fœtale et d'empêcher les microbes de la franchir, elles semblent donc accomplir une fonction physiologique. La présence de ces microbes en réserve est un danger permanent pour la femme enceinte, car l'éclosion microbienne peut déborder les couches fibrineuses et compromettre la santé en déterminant une auto-intoxication spontanée. En outre, il faut se garder pendant la délivrance de dilacérer le placenta, car on brise alors les coques microbiennes et on peut mettre ainsi en liberté des microorganismes nuisibles.

*Séance du 27 juillet. — Traitement du goître exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical.* — M. Jaboulay, de Lyon, fait une communication sur le traitement du goître exophtalmique. Il est partisan de la résection du sympathique cervical.

*Ablation du corps thyroïde dans le cas de goître exophtal-*

*mique.* — M. Doyen présente deux cas de goître exophtalmique qu'il a traités par la thyroïdectomie. Il conseille d'enlever le goître comme on extirpe une tumeur du sein, vite, simplement et sans crainte comme sans témérité. Il proscrit absolument toute intervention sur le sympathique cervical.

*Gastrectomie partielle pour ulcère de l'estomac.* — M. Delagenière, du Mans, dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac a été amené à faire une gastrectomie partielle, qui a parfaitement réussi, aussi conseille-t-il cette opération dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique.

D^r G. Nimier.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Sur le bleu de méthylène. — II. État mélancolique dans le diabète levulosurique. — III. Diagnostic bactériologique de la diphtérie. — IV. Rayons Rœntgen et diagnostic des affections thoraciques. — V. Tétragènes et pleurésies. — VI. Hernie de poumon consécutive a la pleurotomie, guérison. — VII. Des troubles sensitifs dans la lèpre. — VIII. Diagnostic des affections stomacales par l'éclairage électrique intra-stomacal.

### I

(*Séance du 25 juin*). — M. Galliard fait remarquer que le bleu de méthylène n'est pas absolument inoffensif.

« A faible dose (10 à 20 centigrammes par la voie gastrique) il peut déterminer du malaise, de la céphalalgie,

des nausées, et provoquer une albuminurie transitoire.

« A dose forte (40 à 60 centigr.) il peut faire naître en outre, des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical. »

Ces remarques étaient les conclusions d'un mémoire présenté à la Société en 1891.

M. Achard a fait quelques essais avec le bleu de méthylène sans observer de troubles notables : un peu de dysurie chez un malade atteint de cystite tuberculeuse.

## II

MM. P. Marie et Robinson rapportent les deux observations suivantes.

Obs. I. — M. X..., 56 ans, bonne santé antérieure, après de mauvaises affaires, se trouve très énervé : idées de suicide, insomnie, impossibilité de s'occuper de ses affaires; fatigue extrême. Le Dr Marie le voit en octobre 1896, il est dans un état de grande prostration, se voit complètement ruiné, est atteint d'une insomnie persistante; impuissance absolue depuis le mois d'août; amaigrissement de 8 kilos, ni polyphagie, ni polydypsie; urines variant de 1.500 à 2.000 centimètres cubes.

L'examen des urines faites en septembre à Lille avait donné des traces d'albumine, et quant au sucre : « malgré la présence non douteuse de traces de glucose, aucune déviation au polarimètre, en raison sans doute de l'influence lévogyre des matières réductrices azotées ».

Une nouvelle analyse en octobre disait pour la recherche du sucre : « Après filtration, cette urine est chauffée avec la potasse caustique; elle ne se colore pas d'une manière caractéristique. Elle agit à chaud sur la liqueur

cupro-potassique, la décolore et la réduit même. Cette action ne disparaît pas après défécation, par le sous-acétate de plomb, mais à l'examen polarimétrique on obtient une déviation assez accusée à gauche et non à droite, comme cela existe pour la glycose. »

Malgré cette analyse, persuadé de l'existence du sucre, les médecins appliquèrent le traitement du diabète sucré (régime, bromure de potassium, alcalins, liqueur de Fowler).

L'amélioration se produisit rapidement et aujourd'hui le malade paraît avoir recouvré la santé.

Obs. — P. M., 43 ans, marié depuis douze ans, père de trois enfants bien portants, ayant plusieurs névropathes dans sa famille, est soumis à du surmenage à partir de septembre 1896; en conséquence, insomnie rebelle, idées mélancholiques, inaptitude au travail, inappétence, palpitations, impuissance absolue; préoccupation continuelle de ses affaires, qui vont bien, alors qu'il se croit ruiné.

En décembre, idées de suicide. Deux aliénistes de Paris, concluent l'un à une neurasthésie; l'autre à une gastrectasie et à une neurasthésie.

L'état s'aggrave, les idées de suicide augmentent : un jour il avale un flacon contenant dix centigr. d'arseniate de soude, avec une simple céphalée consécutive; le lendemain il boit un flacon de bromidia; commencement d'empoisonnement, dont on le fait revenir par le lavage de l'estomac.

A l'examen, soif sans polydypsie vraie; urines fréquentes, ne dépassant pas 2 litres; haleine fétide, aigre de temps à autre, gingivite caractéristique, pleurs fréquentes, préoccupation constante qu'il a ruiné sa famille.

Le 18 mai, M. Marie le voit en consultation avec le Dr Robinson; hypothèse du diabète sucré; analyse sommaire qui donne la réduction de la liqueur cupro-potassique (régime, arsenic et hydrothérapie).

Dès les premiers jours du traitement, amélioration considérable et actuellement état absolument satisfaisant.

L'analyse de l'urine, faite seulement après quelques jours de traitement, indique très peu de glucose et de la lévulose.

Voici deux observations très intéressantes tant par les symptômes peu communs qu'elles contiennent que par l'effet rapide du régime.

En résumé voici les symptômes qui se trouvaient réunis dans ces deux observations.

« Etat mélancholique avec prédominance des idées de ruine et tendance au suicide;

« Insomnie rebelle aux différents médicaments hypnotiques;

« Impuissance permanente;

« Peu ou pas de polydypsie, de polyphagie et de polyurie;

« Densité de l'urine restant normale ou peu s'en faut;

« Réduction peu intense de la liqueur cupro-potassique et avec une coloration un peu différente (plus brune) de ce qu'elle est dans le diabète glycosurique;

« Présence, dans l'urine, d'une substance sucrée devient à gauche la place de la polarisation coexistant ou non avec de la dextrose. »

Amélioration rapide par le régime alimentaire dont on a supprimé les hydrates de carbone.

Quelle est, en réalité, cette substance sucrée? Pour les quelques auteurs qui l'ont rencontré dans les urines ce serait de la lévulose, d'où *lévulosurie*, nom qui doit jusqu'à

nouvel ordre être réservé pour ce nouveau syndrome ou cette nouvelle maladie.

A la séance suivante, M. Beclère vient rapporter l'histoire très analogue d'un malade qu'il a observé il y a dix ans; il s'agissait d'un homme de 45 ans, célibataire, ancien officier, qui était tombé dans un état de mélancholie profonde; ne se trouvant plus bon à rien; n'arrivant plus à dormir malgré des piqûres de morphine et des doses énormes de chloral; il avait une impuissance absolue et ne pensant plus qu'à se faire sauter le caisson, suivant son expression.

Deux analyses faites par M. Vigier montrèrent la présence d'une substance sucrée déviant à gauche de 4 et 7 degrés le plan de polarisation.

Un régime de diabétique suivi peu sévèrement, et le séjour à la campagne, amenèrent mais assez lentement la guérison.

III

La question du *diagnostic bactériologique de la diphthérie* est encore bien embrouillée et, dans une discussion récente, M. Variot a rapporté sa propre observation, qui par la clinique devait être dénommée angine bénigne et par la bactériologie angine grave par l'association du bacille de Loeffler et du streptocoque. Or, MM. Roux et Yersin, M. Widal avaient déjà signalé la présence constante du streptocoque dans les angines à bacilles de Loeffler et M. Chantemesse a pu répondre à M. Variot : « Les diphthéries sont toujours plus ou moins associées, mais les bacilles courts et moyens, en petit nombre, unis à des streptocoques, conduisent à l'idée d'une diphthérie légère; au contraire, un grand nombre de bacilles longs et enchevêtrés,

avec streptocoques abondants signifient diphthérie grave. »

Dans la même séance, M. Barbier disait que la présence du bacille long et enchevêtré, pouvait seule conclure à la diphthérie.

M. Lemoine a fait des recherches au Val-de-Grâce sur la virulence des bacilles de Lœfler et des microbes associés, en les inoculant au cobaye : ces recherches qui ont porté sur 37 observations et ne nous paraissent pas encore devoir être concluantes.

Ces recherches bactériologiques ont démontré la *présence constante* du streptocoque ; au point de vue du bacille de Lœffler, on trouve une angine grave, « dans laquelle les bacilles isolés furent trouvés courts et complètement dénués de toute virulence (obs. XXXIV) ». On trouve, « d'autre part, qu'une angine diphtéritique grave (obs. II) a donné un bacille moins virulent que d'autres angines cliniquement moins graves. »

M. Lemoine trouve que cette contradiction n'est qu'apparente.

Il conclut que, dans la plus grande majorité des cas, l'examen clinique seul aurait suffi pour faire le diagnostic de diphthérie.

M. Beclère dit que ses recherches antérieures concordent avec les résultats obtenus par M. Lemoine ; il accepte la notion de la fréquence du streptocoque et non de la constance ; il ajoute que cette présence ne signifie pas association, puisqu'il existe chez certains sujets sains des streptocoques virulents. « La bactériologie ne peut donc donner à elle seule la notion d'association, c'est la clinique et l'anatomie pathologique qui, jointes à elles, en donnent la preuve ».

En somme, on revient à une plus juste appréciation de

la place où doit se tenir la bactériologie vis-à-vis de la clinique, dont l'importance s'accepte plus facilement qu'il y a peu de temps.

## IV

MM. Béclère, Oudin et Barthélemy, font une nouvelle communication sur *l'application de la méthode Rœntgen au diagnostic des affections thoraciques.*

Dans leurs communications précédents, ils se sont surtout occupé de l'appareil circulatoire et en particulier des anévrysme de l'aorte, que l'on peut voir au moyen de la radioscopie : ils s'occuperont aujourd'hui plutôt des affections des voies respiratoires.

*Pleurésie.* — Ils présentent deux épreuves photographiques prises chez un pleurétique, avant et après la thoracentèse.

La première, prise en 15 minutes de pose, la veille du jour où on a pratiqué la thoracentèse, fait voir nettement la limite supérieure de l'épanchement dont l'opacité absolue contraste avec la transparence du tissu pulmonaire placé au-dessus. La seconde épreuve, prise six jours après la thoracentèse montre le poumon redevenu dans presque toute sa hauteur transparent comme le poumon sain.

*Dilatation athéromateuse de l'aorte.* — Sur ces mêmes épreuves, on voit l'ombre de l'aorte dilatée débordant à gauche la colonne vertébrale dans un espace qui s'étend en hauteur du bord inférieur de la quatrième cote au sixième espace intercostal, c'est-à-dire dans la région qui correspond à l'union de la crosse aortique avec l'aorte thoracique. Des examens radioscopiques répétés leur ont

démontré qu'il en est toujours ainsi lorsque, comme dans le cas actuels, les sujets ont des artères périphériques sinueuses. Dans l'état normal du système artériel, l'aorte est cachée derrière la colonne vertébrale.

Ils ont remarqué, en outre, que dans le cas de flexuosité des artères périphériques, il existe entre le bord interne de l'omoplate gauche et l'épine dorsale une zone plus ou moins étroite où l'oreille appliquée contre le thorax entend les deux bruits du cœur ; si, chez les malades présentant ce foyer dorsal d'auscultation, on applique à ce niveau un corps métallique tel qu'une pièce de monnaie, on constate par la radioscopie qu'elle occupe le centre de l'ombre portée par la portion débordante de l'aorte.

*Adénopathie trachéo-bronchique.* — **MM.** Béclère, Oudin et Barthélemy présentent l'épreuve photographique d'un enfant de six ans et demi, atteint d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, reconnue par l'auscultation et la percussion, mais que la radioscopie a montrée beaucoup plus étendue que ne l'indiquaient les moyens cliniques habituels.

*Pyopneumothorax et tuberculose pulmonaire.* — Une épreuve photographique d'un homme de 28 ans, atteint d'un pyopneumothorax droit reconnu à l'exploration clinique, permet de reconnaître la hauteur de l'épanchement purulent, le siège du poumon lésé et permet surtout de constater du côté du poumon gauche. que l'auscultation indiquait seulement comme atteint de bronchite (râles sibilants et ronflants) des foyers très nets et très nombreux d'infiltration tuberculeuse.

V

(*Séance du 2 juillet*). — MM. FAISANS et LE DAMANY lisent un long travail sur les rapports *du tétragène* (micrococcus tetragenus) *et des pleurésies*.

Ils exposent d'abord les connaissances acquises sur ce microbe, connaissances un peu diffuses : découvert par Gaffky en 1882 dans le produit de raclage des cavernes tuberculeuses, il forme des colonies blanches sur gélose, ne liquifie pas la gélatine, ne coagule pas le lait ; il est plus gros que le staphylocoque et moindre que les sarcines il est disposé en tétrades et en capsules ; il est très pathogène pour la souris, un peu moins pour le cobaye très peu pour le lapin.

Il n'en est pas toujours ainsi : on trouve des tétragènes blancs non pathogènes, des tétragènes virulents à cultures jaunes ; il en est qui ne pousse pas sur la gélatine, d'autres qui la liquéfie ; le tétragène est tantôt très virulent, ou bien sans aucune virulence, même pour la souris. Il est considéré comme un des microbes ordinaires de la bouche.

M. Faisans a eu l'occasion de trouver quatre fois le tétragène chez des pleurétiques, trois fois dans l'épanchement, une fois dans le sang ; la première fois dans le liquide séro-fibrineux d'une pleurésie tuberculeuse, il a paru dépourvu de toute virulence à l'égard du cobaye ; dans le second cas analogue comme diagnostic, microbe non virulent ; chez le troisième malade, le liquide pleural paraissant stérile, au moyen des cultures, mais contenait du bacille de Koch, fait démontré par l'injection au cobaye ; dans le sang pris dans une veine du pli du coude,

on a trouvé le tétragène dans le quatrième cas, le liquide pleural qui contenait le tétragène était séro-purulent, et il existait en même temps une infection généralisée (angine, arthrétiques, érythèmes cutanées, congestion pulmonaire) dans ce cas encore, le microbe n'était pas virulent.

M. Faisans ne conclut pas que le tétragène a été chez ces quatre malades l'agent infectieux, mais il a voulu en signaler la présence chez ces quatre malades.

M. Chauffard trouve bien exceptionnel la présence du tétragène dans un exsudat pleurétique séro-fibrineux ; il faut remarquer qu'il a constaté plus d'une fois le très grand pouvoir de diffusion du tétragène dans le laboratoire ; ce microbe est envahissant malgré les précautions d'asepsie technique que l'on peut employer et l'on peut craindre des erreurs involontaires.

## VI

M. Galliard rapporte une observation de *pneumocèle* qui paraît unique et que nous résumerons en quelques mots.

Un homme de 43 ans, entre dans son service pour une pleurésie ; après trois thoracentèses, le 18 décembre, pleurotomie postéro-latérale sans résection costale; incision de la peau sur une longueur de 4 centimètres dans le 8e espace intercostal ; drainage de la plèvre ; pas d'irrigation. L'opération a des suites très favorables, le drain est enlevé le 6 janvier; la cicatrisation se fait très rapidement.

Le 19 janvier, la réparation cutanée est complète ; en examinant la cicatrice violacée, je constate qu'à chaque secousse de toux elle est soulevée par une tumeur ovoïde

dont le grand axe est parallèle aux côtes et qui ne dépasse pas les dimensions d'une noix. Cette tumeur est molle, élastique. Elle n'est ni pulsatile ni crépitante. Elle ne se réduit pas spontanément ; pour la réduire, il suffit d'exercer sur elle une pression modérée. Lorsqu'après l'avoir réduite, on invite le malade à respirer fortement, elle ne reparaît pas ; mais quand elle s'est manifestée sous l'influence de la toux, on la voit grossir pendant les expirations énergiques. En introduisant le doigt profondément dans l'espace intercostal, on atteint le petit orifice qui livre passage à la tumeur.

L'auscultation de la tumeur ne fournit aucun renseignement. Celui du poumon fait percevoir le murmure vésiculaire à peu près normal du sommet à la base. Pas de lésion pulmonaire appréciable.

Le diagnostic est aisé. Il s'agit là d'une pneumocèle réductible, non compliquée.

M. Galliard fait faire un bandage analogue à un bandage herniaire, que le malade emporte en quittant l'hôpital.

Revu deux ans après, il est complètement guéri ; il dit avoir porté son bandage pendant huit mois.

## VII

(*Séance du 9 juillet*). — M. Jeanselme fait une communication très intéressante sur les *troubles sensitifs de la lèpre* et surtout sur l'*anesthésie lépreuse*.

Elle peut se présenter dans deux conditions : tantôt elle est liée à une éruption, tantôt elle en est indépendante.

Au niveau des poussées éruptives, après quelques symptômes d'hypéresthésie, on rencontre le plus souvent des troubles divers d'anesthésie ; rarement la sensibilité est

abolie dans tous ses modes ; le plus souvent l'anesthésie est dissociée ; la sensibilité tactile est souvent envahie et ne se sent que lorsqu'on insiste ; l'analgésie est plus ou moins complète ; une piqure légère n'est pas sentie ; une plus forte se ressent ou bien la sensation est retardée : il en est de même pour la sensation du froid et de la chaleur atténuée, retardée ou pervertie. Le caractère particulier de l'anesthésie dans la forme à poussées éruptives est de se superposer à ces poussées.

L'anesthésie qui est indépendante des manifestations éruptives présente des caractères spéciaux ; elle est annoncée par des signes avant-coureurs : état cyanotique des extrémités, chute des poils et suppression des sueurs sur le territoire cutané qui sera bientôt occupé par l'anesthésie; symptômes d'hyperesthésies divers : fourmillements, picotements, démangeaisons, douleurs diverses ; en général à ce moment, si l'on examine le nerf cubital avec la pulpe des doigts, dans la gouttière olécranienne, en mettant les muscles dans le relâchement par la flexion du coude, on constatera une augmentation de volume du tronc nerveux et des nodosités échelonnées de distance en distance.

Voici maintenant les caractères de l'anesthésie de la lèpre :

1° La répartition de l'anesthésie est manifestement symétrique ;

2° L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité des membres pour remonter graduellement vers leur racine ;

3° L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée que celle des parties superficielles ;

4° L'anesthésie est d'abord rubanée (elle intéresse

d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main, puis dessine une bande remontant plus ou moins haut à la partie postéro-interne du membre; au membre inférieur, elle occupe d'abord le gros orteil et le bord externe du pied, puis un ruban sur la partie externe de la jambe et de la cuisse).

Elle devient ensuite segmentaire (du petit doigt, elle gagne les autres doigts, dans un ordre déterminé, l'annulaire, le médium, l'index et le pouce; peu à peu, la main toute entière est gantée d'anesthésie; mais il persiste trés fréquemment dans le creux palmaire un espace arrondi, du diamètre d'une pièce de 5 francs, où la sensibilité reste parfaite ou à peine émoussée; de même sur la pulpe de quelques doigts, il peut subsister des points épargnés par l'anesthésie; l'anesthésie arrive peu à peu à gagner tout le membre. La ligne qui limite l'anesthésie en haut est ordinairement elliptique; il existe à niveau une zone de transition où la sensibilité revient progressivement; aux membres inférieurs, la marche de l'anesthésie est absolument identique.

5° Dans la lèpre, l'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare, est moins fréquente qu'aux membres.

Voici, les caractères qui permettent de différencier l'anesthésie de la lèpre de celle de la syringomyélie.

L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur et de l'extrémité libre des membres vers leur racine.

L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, presque toujours segmentaire d'emblée, en géné-

ral parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous jacentes.

VIII

M. Chauffard fait une communication sur un nouveau moyen d'examiner l'estomac.

Il avait dans son service un malade présentant depuis un an des troubles dyspeptiques, avec flatulence, quelques vomissements : pas de douleur d'ulcère simple, pas d'hématémèse ; amaigrissement assez notable. Depuis quelques mois, les troubles ont augmenté : pyrosis, éructations, grands vomissements survenant sans effort, six heures environ après les repas, plus abondants que les aliments ingérés, au dire du malade, appétit normal, constipation.

L'examen du malade couché, l'estomac non vidé, montre une voussure manifeste, autour et au-dessous de l'ombilic, qui, sous la main qui la palpe, devient le siège de contractions visibles, d'ondulations péristaltiques dirigées du cardia vers le pylore; il y a du clapotement jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis.

Lorsque l'estomac est vidé, tous ces symptômes disparaissent.

On ne sent aucune tumeur appréciable; les autres organes sont sains.

Le seul traitement qui paraisse applicable est la gastro-entérostomie.

L'intérêt particulier de cette communication, est la présentation d'un instrument imaginé par M. Gudendag et qui a servi à un examen complémentaire.

Cet instrument, ajoute M. Chauffard, consiste en une lampe électrique minuscule, montée à l'extrémité d'une sonde stomacale flexible en caoutchouc rouge.

Le malade se remplit lui-même, et très facilement son estomac, avec le siphon stomacal habituel et 3 litres pour cela sont nécessaires, signe de la vaste étendue de son ectasie gastrique.

Puis, dans une chambre noire, la petite lampe électrique est introduite dans l'estomac et allumée. Rien n'est plus saisissant que l'image obtenue. Tout l'estomac apparaît lumineux, se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale. Les courbures, la région du cardia et du pylore, la face antérieure, tout s'illumine d'un coup ; on a vraiment là un spectacle des plus curieux et des plus instructifs. Sur la ligne médiane, les muscles droits donnent une bande plus sombre.

Chez notre malade debout, nous constatons ainsi à la fois la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac ; la grande courbure est au contact du pubis et des arcades crurales ; les orifices cardiaques et pyloriques sont en situation normale ; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic.

On constate, de plus, qu'aucun épaississement ni tumeur n'existe ; que les parois sont plus transparentes, plus lumineuses, par comparaison, que celles d'un estomac sain, plus minces, par conséquent.

D^r Marc Jousset.

---

# REVUE DES JOURNAUX

## EFFETS FAVORABLES DU SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE DANS LA COQUELUCHE.

Chez une fillette âgée de trois ans qui, au cours d'une coqueluche, fut atteinte d'angine diphtérique, M. le docteur G. Dotti (de Lecco) a vu, sous l'influence d'une injection de sérum antidiphtéritique, non seulement les lésions de la gorge rétrocéder, mais encore la toux quinteuse cesser définitivement. Notre confrère estime donc que la sérothérapie antidiphtérique pourrait rendre dans la coqueluche des services analogues à ceux qu'on en a obtenus dans certaines affections microbiennes autres que la diphtérie, telles que l'ozène et la pourriture d'hôpital (*Semaine médicale*, 19 mai).

## D'UN CAS DE MORT A LA SUITE DU REDRESSEMENT FORCÉ D'UN MAL DE POTT.

M. Malherbe a présenté à la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure, la colonne vertébrale d'un malade atteint du mal de Pott, qui a succombé à une tentative de redressement. Il s'agit d'un enfant mâle de 10 à 12 ans portant, depuis huit ans, un mal de Pott dorso-lombaire, soumis au procédé de redressement préconisé par Callot.

L'extension diminue la saillie pottique, mais ne la fait pas disparaître; il faut une certaine pression pour obtenir l'effacement complet. Ensuite, on applique au malade un corset plâtré.

Les jours qui suivent l'opération, on note quelques petits incidents : un peu de gêne de la respiration et quelques épistaxis; toutefois, le malade ne se plaint pas et semble assez bien se porter, lorsque, le onzième jour, la dyspnée augmente assez rapidement et la mort survient en quelques heures.

L'autopsie montre, dans la plèvre droite, un épanchement hémorrhagique d'un litre environ et la présence de fausses membranes sur la plèvre.

Du côté de la colonne vertébrale, on note un écartement énorme des fragments de la colonne vertébrale et une déchirure de la paroi antérieure de l'abcès tuberculeux. Enfin, on trouve, au milieu de la colonne vertébrale lombaire, un nouvel abcès par congestion en train de se faire. (*Gaz. méd. de Nantes.*)

---

## TROIS CAS D'OZÈNE GUÉRIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

M. Molinié rapporte que trois jeunes filles atteintes d'ozène ancien, ayant entraîné un degré d'atrophie considérable de la muqueuse nasale, avec propagation à la muqueuse pharyngienne et complications auriculaires chez deux d'entr'elles, ont vu, sous l'influence *exclusive* des injections hypodermiques de sérum, tous les troubles subjectifs (mouchage de saleté, obstruction nasale et fétidité) disparaître.

Il nous paraît difficile de donner l'explication de ces phénomènes. Sont-ils dus à l'action spécifique du sérum sur l'agent pathogène encore inconnu de la rhinite atrophique, ou bien, est-ce par une action élective du sérum

congestive et vaso-motrice, sur la muqueuse du nez et du naso-pharynx que se produisent ces phénomènes? Il est encore impossible de se prononcer, et peut-être le simple sérum de cheval non immunisé contre la diphtérie serait-il susceptible de donner des résultats analogues.

Toutefois, si les raisons des phénomènes nous échappent, il est au moins permis de tirer quelques conclusions pratiques des trois faits qui viennent d'être rapportés.

Disons donc que les injections de sérum antidiphtérique ont une efficacité remarquable contre l'ozène, supérieure à toute autre thérapeutique, car jamais aucune médication n'a permis d'obtenir des résultats semblables, même d'une façon temporaire.

Cette méthode de traitement mérite d'être mise en pratique, malgré les accidents qu'elle peut provoquer, dont la gravité peut être atténuée par l'examen du sujet, de sa susceptibilité, par la règlementation des doses proportionnée à la tolérance individuelle.

Cependant, avant de déclarer absolue la valeur curative de cette thérapeutique, il faut attendre que le temps et l'expérience soient venus confirmer la permanence du succès et la constance des résultats. (*Marseille méd.*)

---

### L'HYDRASTIS CANADENSIS DANS LE TRAITEMENT DES BRONCHITES.

Le Dr Saenger (de Magdebourg) a découvert par hasard que l'hydrastis avait une action favorable pour combattre la toux; il l'avait donné à un phthisique contre une hémoptysie.

Ce traitement eut pour effet non seulement d'enrayer le crachement de sang, mais encore de calmer la toux, de

rendre l'expectoration plus facile et d'atténuer les signes physiques du catarrhe bronchique. Frappé de ce résultat imprévu, M. Saenger s'empressa d'administrer l'hydrastis à un autre tuberculeux non hémoptoïque, chez lequel les symptômes de bronchite s'amendèrent également d'une façon manifeste.

Depuis lors, notre confrère a employé l'hydrastis dans les bronchites non tuberculeuses et en a obtenu les meilleurs effets. Sous l'influence de ce médicament, il a vu la toux diminuer, l'expectoration devenir plus aisée, les crachats perdre leur caractère purulent et les signes sthétoscopiques de l'affection bronchique rétrocéder rapidement.

L'effet favorable de l'hydrastis ne se montre que dans la bronchite chronique ou à une période avancée de la bronchite aigüe, lorsque la toux est devenue grasse. (*Semaine médicale* 12 mars.)

---

### OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE DANS LES HÉMORRHAGIES

MM. Gilbert et Carnot ont fait à la Société de biologie (8 mars) la communication suivante :

Etant donnée la fréquence des épistaxis au cours des maladies du foie, on est en droit de supposer que la cellule hépatique normale exerce sur la composition du sang une action qui, suspendue ou amoindrie par l'état morbide, le rend apte à sortir des vaisseaux.

Partant de cette considération, nous avons eu recours à l'opothérapie hépatique chez des cirrhotiques affectés d'épistaxis. Dans un cas particulièrement favorable à la recherche de l'action hémostatique de l'extrait de foie, puisqu'il s'agissait d'une malade affectée d'hémorrhagies

nasales quotidiennes depuis un mois, l'arrêt des pertes du sang fut instantané ; mais elles reparurent ultérieurement, malgré la continuation du traitement.

Nous avons également eu l'idée de recourir au même mode de traitement dans les hémorrhagies les plus diverses, épistaxis de l'enfance, métrorrhagies, etc., notamment dans les hémoptysies occasionnées par la tuberculose pulmonaire à ses diverses périodes.

Cinq malades atteints d'hémoptysies tuberculeuses ont été traités exclusivement de cette façon : dans tous les cas, l'hémoptysie s'et arrêtée rapidement, sans qu'il ait été besoin de recourir à un autre mode de traitement. (*Semaine médicale*, 12 mars.)

---

### LAVEMENTS HUILEUX ALIMENTAIRES

M. Deucher (de Berne) conseille d'administrer les lavements huileux alimentaires de la manière suivante :

On fait prendre d'abord un lavement simple évacuateur pour bien débarrasser la portion inférieure de l'intestin des masses fécales qu'elle peut contenir ; puis, cet effet une fois obtenu, on introduit dans l'anus un tube mou en caoutchouc long de 40 centimètres, à travers lequel on injecte lentement 50 grammes de l'émulsion ci-dessous formulée, chauffée préalablement à 38° ou 40° :

| | |
|---|---|
| Huile d'olive pure. . . <br> Solution de carbonate de soude à 2 0/0. . | ââ 100 grammes. |
| Chlorure de sodium. . | 1 gr. 20 centigr. |

F. S. A. — Pour quatre lavements.

Le patient doit s'efforcer de garder l'émulsion huileuse aussi longtemps que possible, vingt-quatre heures si

faire se peut. Pour obtenir plus aisément ce résultat, on fera bien d'ajouter au lavement une petite dose de teinture d'opium.

Chacun des lavements huileux alimentaires suivants n'est donné qu'après une évacuation alvine *spontanée*. De cette façon, les lavements alimentaires ne sont pas toujours administrés quotidiennement, mais souvent à des intervalles plus prolongés, ce qui constitue même une condition particulièrement favorable pour l'absorption de l'huile par le rectum. (*Semaine médicale*, 24 mars.)

---

## VARIÉTÉS

### De la thérapeutique étiologique au congrès allemand de médecine interne.

M. Behring retarde de plusieurs années, il en est encore à la thérapeutique étiologique, il croit encore que la thérapeutique pathogénique est une thérapeutique fondée sur la connaissance de la cause de la maladie ; il n'a pas compris ce qu'enseigne depuis longtemps le professeur Bouchard c'est que la thérapeutique pathogénique est celle qui repose sur la connaissance du processus morbide et qu'il ne faut pas la confondre avec la thérapeutique étiologique.

M. Behring a jugé à propos de citer Hahnemann. Il lui attribue le mérite d'avoir démontré que l'expérimentation des médicaments sur l'homme et les animaux sains ne pouvait conduire à aucun résultat. Singulière affirmation le triste mérite qu'aurait eu là le réformateur de la thérapeutique. Mais Behring voulait sans doute trouver

moyen de placer la phrase suivante : « La thérapeutique physiologique a abouti à confirmer la doctrine des contraria contrariis sans obtenir de grands effets » (*Semaine méd.*, n° 29 1897, page 233.)

Hahnemann a eu le mérite, pour conserver l'expression de Behring, de rendre applicable le similia similibus d'Hippocrate en faisant connaître les propriétés positives des médicaments sur l'homme sain. Hippocrate a dit ce qui produit la stranguric chez l'homme sain guérit la strangurie chez l'homme malade mais il ne nous a pas enseigné ce qui produit la strangurie chez l'homme sain comment veut-il alors que nous appliquions à l'homme malade le médicament indiqué par la loi de similitude. Ceci s'applique également à ce qu'Hippocrate a dit de la guérison du vomissement et de la fièvre et il n'est pas besoin d'un grand effort d'intelligence pour comprendre que la loi de similitude suppose pour son application la connaissance de la matière médicale expérimentale et c'est depuis qu'Hahnemann et ses élèves ont édifié cette science que les médecins traitent la strangurie par la cantharide, la dysenterie par le sublimé, les dartres par l'arsenic, etc., etc.

D'où nous pouvons conclure d'abord que la phrase de M. Behring sur Hahnemann n'a pas de sens.

Et la phrase sur le contraria contrariis est-elle plus heureuse ? qu'est-ce que c'est bien au juste que la thérapeutique physiologiste et qu'est-ce que ce triomphe de la doctrine des contraires qui n'obtient que de petits effets.

C'est sans doute parce que M. Behring est pénétré de l'esprit de la doctrine des contraires qu'il explique les succès, incontestables du reste de la sérumthérapie *par*

*les antitoxines*. Et pourtant il remarque « que l'antitoxine dans son « *action mystérieuse* » ne détruit pas la toxine, laquelle subsiste dans l'organisme mais qu'il agit sur les éléments vivants ».

Il ajoute ensuite: « on ne sait rien non plus de sa nature et on s'est efforcé en vain de préparer l'antitoxine pure, on peut prédire qu'on n'y arrivera jamais, car l'antitoxine n'est pas une substance » (page 233, *loc. cit.*)

Que de difficultés pour une chose pourtant bien simple mais qui est obscurcie dans tant de bons esprits par l'idée du *contraria contrariis*. Le sérum du cheval inoculé avec la diphtérie guérit la diphtérie.

Or, comme toute guérison s'obtient par les contraires, donc le sérum contient un antitoxique et voilà comment l'hypothèse vient remplacer les faits.

Il serait pourtant bien plus simple de dire que les antitoxines ne sont que des toxines atténuées par un certain degré de dessiccation, atténuées par la chaleur, atténuées par la lumière, atténuées par leur mélange avec l'iode, atténuées par leur passage à travers un organisme vivant. Mais si la rage se guérit par la toxine atténuée de la rage, le tétanos par la toxine atténuée du tétanos, la diphtérie par la toxine atténuée de la diphtérie, Hippocrate et Hahnemann ont cent mille fois raison et la véritable loi de la thérapeutique c'est le *similia similibus curantur*.

Dr P. JOUSSET.

---

*Le Directeur-Gérant* : P. JOUSSET.

---

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

# L'ART MÉDICAL

## SEPTEMBRE 1897

---

## RÉVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

### LA CANTHARIDE

(*Travail du Laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

La cantharide est un des médicaments le plus anciennement employés en médecine. On se servait de l'insecte lui-même après avoir rejeté la tête, les ailes et les pieds (Hippocrate).

Le principe actif est la *cantharidine*. Rangée parmi les substances neutres, elle joue cependant vis-à-vis de la potasse le rôle d'acide et produit le *cantharidate de potasse*. La cantharidine est soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles et le chloroforme ; isolée, elle est insoluble dans l'eau, mais unie aux autres principes constituants de la cantharide et principalement à sa matière jaune, elle devient soluble dans l'eau.

Giacomini distingue deux actions dans la cantharide, l'action topique et l'action dynamique.

L'action topique est bien connue. C'est l'action rubéfiante et vésicante qui constitue le vésicatoire, moyen vanté comme une médication héroïque par les uns, rejeté comme inutile et même dangereuse par beaucoup. Il ne faut pas croire que l'action topique de la cantharide soit une action

chimique et locale. Les phénomènes produits par l'application de la cantharide sur la peau ne sont pas aussi simples qu'on le dit habituellement. Il y a bien un effet primitif local, rubéfiant et vésicant, mais il y a en plus des phénomènes produits sur l'organisme entier et ces phénomènes sont quelquefois tellement intenses qu'on relate un cas de mort survenu chez un jeune enfant à la suite de frictions cantharidées. (Giacomini.)

L'action de la cantharide sur la peau et sur les muqueuses est une action vitale et non pas une action chimique. Le vésicatoire ne prend pas sur le cadavre, il ne prend même pas sur les mourants et quand, à l'aide de la cantharidine, on a développé une fausse membrane sur la muqueuse d'un animal, cette muqueuse acquiert une sorte d'immunité qui s'oppose désormais aux effets de nouvelles applications de cantharide à la même place (Bretonneau), phénomène analogue à ceux produits par l'*abrine* et qui démontre que les prétendus phénomènes chimiques et mécaniques de la cantharide ne sont que des phénomènes de la vie.

Ainsi, que la cantharide soit absorbée par la peau, qu'elle soit introduite dans les voies digestives ou injectée dans les veines, elle produit des phénomènes toujours les mêmes, qui constituent la pharmaeodynamie de la cantharide.

La cantharide, comme tous les médicaments, agit plus spécialement sur certains systèmes organiques ; les organes génitaux urinaires occupent le premier rang par leur importance ; viennent ensuite la peau, le système nerveux et enfin la circulation et la calorification.

Si les auteurs diffèrent d'opinion sur l'action de la cantharide, c'est qu'il ont vu les effets produits par ce médica-

ment à travers l'esprit de système. Ainsi Giacomini, pour lequel la cantharide est un *hyposthénisant,* consent à peine à voir l'effroyable inflammation déterminée par cette substance sur les organes urinaires. Une autre cause d'erreur encore, c'est que tous les organismes ne réagissent pas de la même manière vis à vis de ce poison, c'est encore que certains thérapeutistes confondent les effets thérapeutiques avec les effets pathogénétiques.

Nous essaierons d'éviter ces causes d'erreur et pour tableau exact de l'action de la cantharide sur l'homme sain, nous emprunterons à Giacomini lui-même une de ses observations :

Bartholomeo Canton, âgé de 23 ans, de constitution forte et robuste, s'était soumis antérieurement à des expériences sur la cantharide sans avoir éprouvé de troubles bien notables. Il fit avec cinq autres de mes élèves une expérience sur la *cantharidine*. Il prit de cette substance, de 7 heures du matin à 11 heures, en trois fois, quatre centigrammes de cantharidine. Les battements artériels qui, avant l'expérience, étaient à 63 par minute, descendirent de suite à 57. L'envie d'uriner était fréquente dès le commencement de l'expérience; mais, après la seconde dose, une vive douleur survenant dans le rein droit, l'urine s'arrêta, une légère cuisson se fit sentir dans l'urèthre. En attendant, un malaise général se déclara; il s'aperçut que ses idées devenaient troubles avec quelques vertiges et éprouvait des vascillations ; à midi, il prit quelque peu d'aliments, mais avec répugnance. L'abattement allait en augmentant, les urines étaient tout à fait arrêtées ; une douleur sourde s'était emparée de toutes les voies urinaires de sorte qu'il pouvait, d'après ses expressions même indiquer exactement sur l'abdomen la situation des reins, des

uretéres et de la vessie. Une heure plus tard la prostration était extrême : tout le système musculaire était incapable d'aucun mouvement; sa figure était devenue d'un blanc terne, ses yeux avaient perdu leur brillant; tous les traits étaient altérés, les membres couverts d'une sueur froide, menaces d'évanouissement, vomissement des aliments qu'il venait de prendre, lesquels n'offrent pas la moindre trace de digestion. Le pouls, exploré immédiatement après les efforts pour vomir, donnait à peine 45 pulsations par minute. On lui administre deux petits verres de vin de Malaga, soulagement instantané; la physionomie se remet un peu, les muscles reprennent un peu de force, mais cette amélioration n'a été que passagère. Une heure et demie après, la prostration est reparue avec plus d'intensité ainsi que la pâleur, les sueurs froides ; le pouls ne marque que 30 pulsations par minute, avec intermittences; le malade vomit le vin qu'il avait bu deux heures auparavant. On conçoit notre consternation en ce moment; nous avons eu recours au rhum qui lui a été administré par petites doses, à peu d'intervalle, jusqu'à ce qu'il en ait consommé un grand verre de table. Vingt-sept décagrammes environ de rhum lui ont été administrés. Chose prodigieuse! à mesure que cette liqueur passait dans l'organisme nous avons vu la chaleur animale renaître sous nos yeux; la force, l'énergie musculaire, la parole reparaître et les sens et l'organisme reprendre presque instantanément leur vigueur comme par enchantement. Uue circonstance, entre autres, bien digne d'observation, c'est qu'une si forte dose de rhum, chez un sujet qui n'était habitué à prendre aucune espèce de liqueur alcoolique ne produisit aucun symptôme d'ivresse, pas même cette espèce de gaîté

qu'on éprouve ordinairement en le flairant. Il passa la nuit dans un sommeil très tranquille et le jour après il ne se plaignait que d'un léger engourdissement dans les cuisses. Il ne reprit pourtant son appétit ordinaire que deux ou trois jours plus tard. (Giacomini.)

Cette intéressante observation nous montre, en un tableau dramatique, la plupart des symptômes produits par la cantharide : la prostration, le refroidissement, le pouls ralenti jusqu'à 30 pulsations, les sueurs froides et visqueuses ; en un mot, le tableau du collapsus que l'on observe avant l'agonie dans les maladies aiguës. Comme symptômes locaux, les signes d'inflammation du rein, des uretères, de la vessie, et de l'urèthre ; les douleurs dans toutes ces régions, l'émission fréquente de très petites quantités d'urine et enfin l'anurie complète.

Notons encore les bons effets comme antidote de l'alcool administré à doses petites mais répétées.

Les phénomènes d'érection ont complètement fait défaut dans cette observation.

Encore une remarque, c'est que le jeune homme qui a présenté ces graves symptômes d'empoisonnement cantharidien avait cinq compagnons qui prirent tous la même dose que lui et n'éprouvèrent cependant que des symptômes fort légers : chez tous, le pouls diminua de fréquence variant de 4 à 20 pulsations ; la faiblesse, l'abattement, les vertiges, le tremblement dans les membres furent éprouvés par tous les expérimentateurs. Il en fut de même du ténesme et d'une légère cuisson dans l'urèthre.

A) Symptômes produits par la cantharide sur le système génito-urinaire. — Les voies urinaires sont le lieu d'élection par excellence de l'action de la cantharide à doses

moyennes, cette action est constante quelle que soit la voie par laquelle soit introduit le poison, et si Giacomini cite des expériences sur l'homme ou les symptômes urinaires de la cantharide ont été peu marqués, c'est qu'il avait le soin de faire boire de très grandes quantités de boissons mucilagineuses aux hommes en expérience, c'est aussi que l'esprit du système l'empêchait de voir exactement les phénomènes qui gênaient ses théories. Malgré tout, dans ses trois séries d'expériences sur de jeunes étudiants on a toujours noté une augmentation copieuse des urines et une cuisson plus ou moins marquée dans le canal de l'urèthre.

Quand la cantharide est introduite dans l'estomac, les effets se manifestent au bout d'une heure ou deux, c'est d'abord un sentiment de pesanteur dans le bassin, le périnée et les lombes, la chaleur dans le canal de l'urèthre, puis une véritable douleur pour l'expulsion des urines.

Tous ces symptômes augmentent d'intensité; la douleur dans les reins, dans la vessie et dans l'urèthre devient excessive : ténesme, strangurie, expulsion extrêmement fréquente jusqu'à soixante fois en une heure (dans une observation publiée par Giacomini), de quelques gouttes d'urine mélangées de sang et de fausses membranes, quelquefois de sang pur. A un plus haut degré, la sécrétion urinaire est tarie ; il y a anurie véritable. Les urines rendues pendant cette période sont acides et très albumineuses.

Les douleurs sont surtout excessives dans le canal de l'urèthre, les malades comparent la sensation produite en urinant à celle d'un rasoir ou de plomb fondu. C'est l'évacuation des dernières gouttes qui est surtout doulou-

reuse. Le canal devient le siège d'un écoulement puriforme plus ou moins abondant, le méat est rouge, ses lèvres sont gonflées et retournées en dehors. Ces symptômes sont communs à l'homme et à la femme.

Chez un certain nombre d'empoisonnés mais non chez tous, surviennent des symptômes de satyriasis porté à un excès inimaginable; mais le plus souvent les malades sont en proie à un priapisme persistant caractérisé par des érections très énergiques et très douloureuses.

Naturellement, ces symptômes s'accompagnent d'agitation et d'angoisse qui, dans certains cas, simulent l'hydrophobie; Giolo (de Turin) rapporte une observation dans lequel le malade présentait les symptômes suivants : convulsions horribles et délire furieux, expulsion de salive écumeuse mêlée de sang, les cheveux étaient hérissés, le regard fixe et farouche, le malade éprouvait de grande constriction à la gorge avec menace de suffocation. Il poussait des cris et des hurlements épouvantables et entrait en fureur à l'aspect des liquides. (Mémoires de l'Académie des sciences de Turin, X et XI, p. 15.)

D'autres auteurs, rapportant des cas analogues, insistent sur l'hydrophobie avec impossibilité d'avaler, les aboiements et les impulsions à mordre présentés par ces malades.

*Expériences de laboratoire.* — Ces expériences dont nous publierons tous les détails dans l'article suivant ont été pratiquées sur quatre lapins. Dans tous les cas les injections de solution de cantharide ont déterminé la présence de l'albumine dans les urines; des urines très rouges en petite quantité, une fois de l'*anurie*, une fois une érection manifeste.

L'examen histologique a démontré l'existence de plusieurs variétés de néphrites ; le plus souvent le rein présente les lésions de la *néphrite desquamative* (type de la néphrite du choléra). D'autres fois ce sont les lésions de la *néphrite aiguë lymphomateuse*.

*Action thérapeutique de la cantharide dans les affections des organes génitaux urinaires et dans la rage.* — Quand Hippocrate écrivit cette phrase remarquable : « Ce qui donne la strangurie à l'homme qui ne l'a pas, guérit la strangurie chez le malade », il semblait avoir en vue l'histoire de la cantharide et ses effets thérapeutiques.

Nous allons voir effectivement que non seulement en homœopathie, mais dans la thérapeutique universelle, on a prescrit souvent avec succès la cantharide dans le traitement de plusieurs espèces de néphrites, de la cystite, de la blennorrhagie aiguë ou chronique. Enfin la cantharide a été employée contre le priapisme et a été très vantée comme un remède assuré de la rage.

Examinons ces faits successivement.

1° *Néphrites.* — La cantharide est le médicament principal de toutes les néphrites, de la néphrite catharrale comme de la néphrite parenchymateuse à son début ou quand elle présente des recrudescences aiguës. Les symptômes qui indiquent la cantharide sont les suivants, douleur sécante et brûlante dans les reins et dans la vessie, ténesme, strangurie, urines sanguinolentes et suppression d'urines. L'*Art médical* de cette année, 1897, contient une observation de néphrite suraiguë chez une jeune fille guérie principalement par cantharis.

Dans les cas de néphrite aiguë, la cantharide doit être

prescrite avec précaution. On commencera par la troisième dilution et on augmentera ou diminuera la dose suivant l'effet produit.

Bollonio, Ridliss, Van Helmont, Zacutus Lusitanus, Guarinoni, Huxham, Monro, etc., ont cité des observations de néphrites et de cystites guéries par cantharis.

J. Groneveld cite un cas d'anurie due à une néphrite ayant déjà duré depuis treize jours et déterminé une léthargie commençante guérie par cantharis. Ce médecin unissait habituellement le camphre à la cantharide afin de diminuer les inconvénients de ce dernier médicament, ce qui ne l'a pas empêché d'être mis en prison pour avoir employé un médicament dont l'autorité avait proscrit l'usage ; pauvre autorité !

Welhoff traitait un malade chez lequel il y avait suppression totale d'urine : tous les moyens avaient échoué contre cet état, les symptômes d'urémie s'étaient déclarés. délire, convulsion, sueurs froides, pouls faible, irrégulier, fréquent, enfin la mort était imminente; 5 centigrammes de poudre de cantharide à prendre dans une émulsion toutes les quatre heures. A la troisième dose, retour des urines, d'abord très épaisses, puis parfaitement limpides. Le médicament fut continué pendant trente-six heures et le malade se remit complètement (1). Ces faits et bien d'autres qu'il serait trop long de rapporter ici n'ont pas été acceptés sans protestation. Les préjugés allopathiques ont empêché les médecins de comprendre l'action thérapeutique de la cantharide. Ils ont oublié ou ils n'ont pas compris la parole d'Hippocrate : « Le médicament qui donne

(1) *Dictionnaire de médecine*, 1834, tome VI, p. 346.

la strangurie à l'homme sain la guérit chez le malade ». Ils ne peuvent nier les faits, mais ils les entourent d'explications grotesques et de restrictions ridicules. Nous allons voir tout à l'heure, à propos du traitement de la néphrite parenchymateuse par la cantharide, l'Académie de médecine faire à M. Lancereaux des objections analogues.

2° *Néphrite parenchymateuse ou maladie de Bright.* — Cornil a démontré par des expériences répétées que la cantharide produit dans le rein la lésion type de la néphrite parenchymateuse. Nos expériences au laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques nous ont fait retrouver les mêmes lésions. Or pour M. Lancereaux la cantharide est la médication principale de cette maladie. Il l'administre en teinture à la dose de plusieurs gouttes par jour.

*Hématurie.* — La cantharide est un des principaux médicaments de l'hématurie, la pathogénésie de ce médicament l'indique formellement. Elle comprend même des pertes de sang s'élevant jusqu'à 1 litre (Giacomini). La clinique, de son côté, justifie cette indication.

Un point reste douteux c'est celui de savoir dans quel cas la cantharide doit être préférée à la térébenthine. Ces deux médicaments, en effet, produisent l'hématurie, avec des douleurs dans les reins et dans la vessie et un ténesme extrêmement douloureux. Nous ne pouvons rien affirmer mais il nous semble résulter de notre pratique que l'abondance du sang indique surtout la térébenthine et que l'excès des douleurs demande de préférence la cantharide.

3° *Coliques néphrétiques.* — La clinique de Beauvais, de Saint-Gratien, contient plusieurs observations intitulées néphrites aiguës guéries par la cantharide. La lecture attentive de ces faits m'a convaincu qu'il s'agissait dans

ces cas de coliques néphrétiques, ce qui explique une guérison obtenue, en quelques heures, avec cantharis 30ᵉ ou 6ᵉ dilution. Ces affections étaient caractérisées par des douleurs *excessives* ayant le siège de la douleur de la colique néphrétique. Dans un cas, il y avait anurie.

4° *Anurie.* — Nous avons vu l'anurie symptomatique d'une néphrite ou d'un calcul être guérie par la cantharide. Ce même médicament a été appliqué au traitement de la suppression des urines dans le choléra, suppression due au défaut de sécrétion du rein et qui entraîne rapidement des symptômes d'urémie mortelle. Il existe deux observations de guérisons rapides, l'une avec cantharis 30ᵉ et l'autre avec cantharis 3ᵉ dilution.

5° *Cystite.* — La clinique de Beauvais, de Saint-Gratien, contient quatre observations de cystite aiguë guéries par cantharis 30ᵉ dilution et même 15ᵉ. Les symptômes rapportés dans ces observations sont les suivants : douleur dans la vessie, ténesme, strangurie, urines fréquentes, sanguinolentes, en petite quantité; fièvre intense.

La cantharide est aussi indiquée dans la cystite chronique ou catarrhe de la vessie quand les urines contiennent une grande quantité de pus, et que leur émission est douloureuse. *Dulcamara* est préférable quand le dépôt urinaire est formé principalement par du mucus.

J'ai guéri chez un homme de 50 ans une cystite chronique ayant amené un amaigrissement considérable et un état cachectique. Plus de la moitié des urines rendues étaient composées de pus. Je prescrivis d'abord cantharis 6ᵉ, puis 3ᵉ. La guérison fut complète au bout de quelques semaines.

6° *Blennorrhagie.* — Nous avons vu dans la matière médicale que la cantharide produisait chez l'homme sain

des symptômes très caractérisés de blennorrhagie aiguë. Aussi avons-nous fait de la cantharide le médicament principal du traitement de la blennorrhagie quand elle s'accompagne de douleurs excessives en urinant et qu'elle détermine des érections douloureuses. Si l'écoulement est sanguinolent, c'est une raison de plus de prescrire la cantharide. Nous donnons habituellement la 3ᵉ dilution ou la 6ᵉ, si cette préparation occasionne une aggravation des symptômes.

*L'écoulement de sang pur, l'uréthrorrhagie, est aussi guéri par la cantharide.*

Bien avant Hahnemann, Silvius de la Boë et Mathiade rapportent des observations de blennorrhagie guérie par la cantharide.

Par les raisons que nous avons dit plus haut, la plupart des médecins ne comprennent pas cette action de la cantharide et la rejettent.

Par contre, ils acceptent ce médicament dans le traitement des cas chroniques et ils expliquent son action en vertu de la thérapeutique substitutive.

Dans la blennorrhagie aiguë comme dans la blennorrhagie chronique, les indications de la cantharide ressortent nettement de la loi de similitude puisque ce médicament reproduit chez l'homme sain les symptômes caractéristiques de la blennorrhagie et l'écoulement muco-purulent de la blennorrhagie chronique.

7° *Hydrophobie.* — La cantharide, nous l'avons vu, reproduit l'image complète de l'hydrophobie. Aussi trouvons-nous un grand nombre d'auteurs et de traditions populaires qui préconisent la cantharide dans le traitement de l'hydrophobie.

Avicenne considérait la cantharide comme un spéci-

fique de la rage et il l'administrait à doses croissantes jusqu'à produire l'hématurie. Werloff prescrivait la cantharide comme préservatif. Il administrait une dose chaque jour pendant six mois et produisait ainsi une diurèse très abondante. Mathiol Cardan et Capo di Naca parlent dans le même sens. D'après Van Swieten, à Bologne, en Italie, on administrait jusqu'à 10 cantharides à la fois pour guérir la rage. Krammer, Hildrecht, Rust, Arter affirment avoir guéri l'hydrophobie même déclarée. En Hongrie, c'était aussi un remède populaire. Remarquons que dans ces cas on administrait des doses énormes de cantharide (1).

Que devons-nous retenir de ces affirmations? Aujourd'hui, la question du traitement de la rage a, depuis les travaux de Pasteur, beaucoup perdu de son importance. Mais comme l'inoculation des moelles virulentes est absolument impuissante à guérir la rage une fois déclarée, on doit retenir, pour s'en servir au besoin, les affirmations de tant de médecins éclairés. J'ajoute qu'il en est de même de la belladone qui a eu la réputation universelle de prévenir et de guérir la rage.

Dans tous les cas, la cantharide est applicable dans cette maladie que les anciens appelaient *Hysteria major* et dont l'ensemble des symptômes offrait un tableau frappant de l'hydrophobie.

La compilation de Roth contient du 1.108e au 1.120e paragraphe les relations d'empoisonnements empruntés à

(1) Le compte rendu de l'hôpital de Saint-Pétersbourg, pour l'année 1856, contient un cas de guérison de rage confirmée, par la cantharide à l'intérieur et un vésicatoire sur la tête.



Giulo, à Biett, à Champy, à Picquet de la Houssiette. Ces empoisonnements, par leurs convulsions, par leurs mouvements désordonnés, par leur délire et leur fureur, par l'aspect de la face qui exprime à la fois le désespoir, l'effroi et la fureur, par l'aggravation des convulsions après un attouchement à la gorge ou au bas-ventre, présentent exactement les caractères des attaques d'hystérie.

Pour terminer ce qui regarde les organes *génito-urinaires*, disons qu'il existait deux observations de guérison d'*incontinence d'urine diurne* par cantharide.

B) SYMPTÔMES PRODUITS SUR LA PEAU PAR LA CANTHARIDE. — Nous ne reviendrons pas ici sur l'action rubéfiante et vésicante de la cantharide et sur l'action du vésicatoire. Nous parlerons seulement des symptômes cutanés produits par la cantharide, soit qu'elle soit administrée par la voie stomacale, soit qu'absorbée par la surface du vésicatoire elle aille produire sur la peau les symptômes qui lui sont propres. Œsterlen a rapporté des faits d'éruption cutanée due à des préparations de cantharide prises à l'intérieur et les auteurs de l'article *Cantharide*, du Dictionnaire de médecine, attribuent ces éruptions à l'élimination de la cantharide par la peau.

Nous ne discuterons pas cette hypothèse. Le fait nous suffit pour justifier l'action thérapeutique de la cantharide dans les affections cutanées (*Œsterlen. Handbuch der Heilmittellehre*, 1861, p. 394) (1).

---

(1) Richard Hughes rapporte une observation d'ecthyma généralisé à la suite d'une application d'un vésicatoire. D'autres expérimentateurs ont signalé la présence de vésicules et de pustules après l'administration de cantharide à l'intérieur.

Les affections de la peau dans lesquelles on a employé la cantharide sont l'eczéma chronique, le psoriasis et le pemphygus. Otto rapporte trois observations d'eczéma chronique guéri par cantharis, teinture mère, III ou IV gouttes par jour. Le même auteur rapporte en outre une observation de psoriasis presque général guéri en un mois par cantharis teinture mère à la dose de quelques gouttes par jour.

Pline raconte l'histoire d'un chevalier romain qui mourut empoisonné par les cantharides qu'on lui avait prescrit pour guérir une affection cutanée rebelle.

Lorry conseillait la cantharide contre les maladies de la peau à la fin du siècle dernier. Biett, Leroy, Cazenave affirment que la cantharide guérit le psoriasis, l'eczéma, le lichen et toutes les affections cutanées rebelles. La guérison est obtenue au bout d'un mois ou six semaines.

Les médecins homœopathes emploient la cantharide dans le traitement de l'eczéma, du psoriasis, du pemphigus, de l'ecthyma et de l'érysipèle.

J'ai recommandé tout spécialement, dans « le Traité de matière médicale », l'emploi de la cantharide contre l'eczéma très aigu simulant l'érysipèle et dans l'eczéma localisé aux mains connu sous le nom de *gale des épiciers*.

Nous venons de voir que la teinture mère à toutes petites doses, II à III gouttes par jour, réussissait bien dans le traitement des affections chroniques de la peau.

Pour les affections aiguës, je conseille la 3e et la 6e dilution de cantharide.

C) Hydropisie. — Nous n'avons pas trouvé de symptômes d'hydropisie dans l'histoire de la cantharide administrée soit à l'homme, soit aux animaux. C'est une

lacune, mais l'emploi de la cantharide dans le traitement de l'anasarque et de l'ascite est tellement répandu que nous ne pouvons passer cette action sous silence.

Hippocrate est le premier auteur qui parle de la guérison de l'hydropisie par les cantharides. Il savait déjà que c'est le corps de l'insecte qui est la partie la plus active et il prescrivait trois cantharides après en avoir enlevé la tête, les pieds et les élythres.

Un grand nombre d'auteurs, dont il serait trop long de rapporter les noms, vantent la cantharide dans le traitement de l'anasarque. Plusieurs médecins prescrivaient, en même temps que la cantharide, le camphre et le nitre pour lutter contre l'inflammation des voies urinaires.

Chalmeers rapporte l'observation d'un mulâtre affecté d'anasarque grave guéri par six bols confectionnés avec 30 centigrammes de cantharide et 2 grammes de camphre, un bol toutes les deux heures. Il se produisit une abondance prodigieuse d'urine et la guérison arriva le lendemain.

Giacomini a traité une ascite avec la cantharidine à la dose de un centigramme par jour. Les urines furent très abondantes mais des douleurs très vives dans les organes urinaires obligèrent de cesser le médicament. Après cette suspension, les douleurs disparurent, l'abondance des urines continua et le malade guérit.

Cette dernière observation prouve qu'il faut se garder des fortes doses lorsqu'on veut obtenir une *diurèse abondante.*

Voici enfin une observation dont le diagnostic n'est pas irréprochable : gonflement du ventre, œdème du scrotum et des pieds, état cachectique, dyspnée, soif violente, urine en très petite quantité goutte à goutte, sanguinolente;

guérison par teinture mère, trois gouttes, répétées plusieurs jours de suite.

Sous l'influence de ce traitement les douleurs et le sang disparurent d'abord, les urines augmentèrent considérablement et le malade guérit.

D) Pleurésie. — Nous avons trouvé sur un lapin empoisonné par la cantharide un épanchement séro-fibrineux dans les plèvres. L'examen histologique n'a pu être fait.

Les expériences, rapportées par Richard Hughes, sont peu probantes; elles sont, du reste, contredites par Nothnagel et Rossbach. C'est donc la clinique qui nous fournira tous nos renseignements.

C'est en 1857, dans l'*Art médical*, que notre confrère Gabalda a attiré l'attention des médecins sur le traitement de la pleurésie par la cantharide administrée par la voie stomacale. Ce médecin rappelle que c'est à Giacomini qu'on doit rapporter la priorité de cette indication : « Les bons effets du vésicatoire, dit Giacomini, on les doit ordinairement aux principes des cantharides qui sont absorbés et non à la prétendue révulsion ou à l'antagonisme qu'ils exercent ». (Giacomini, page 142.)

Joignant l'exemple aux préceptes, Giacomini appliqua la cantharide au traitement de la pleurésie. Voici une observation clinique rapporté dans son traité de thérapeutique : Franceschini, de Padoue, ouvrier âgé de 56 ans, entré à l'hôpital le 15 mai 1834, présentait une pleurésie très intense, maladie à laquelle il était sujet.

Saignée de 325 grammes et purgatifs. L'état n'étant pas modifié, la dyspnée considérable, la douleur de côté aiguë, la fièvre intense, on commença le traitement par la cantharide le 17 mai. Le malade reçut 0 gr. 20 centi-

grammes de cantharide en 12 pilules avec des boissons abondantes d'émulsion d'amande.

Le lendemain, sueurs pendant la nuit, le pouls est moins fréquent mais les urines restent rares. On répète la même dose de cantharide.

Le 19 mai, amélioration de la toux, du point de côté; les sueurs sont copieuses mais les urines restent rares, avec douleur aiguë à la région vésicale et ténesme urinaire. Le pouls est tombé à 64. Même prescription.

Le 20, on augmente la dose de cantharide : 0 gr. 30 centigrammes. Il y a une exacerbation fébrile très légère et très passagère.

Les urines commencent à augmenter ; les jours suivants, les urines deviennent plus abondantes et tous les symptômes de la pleurésie disparaissent. Comme la cuisson dans l'urèthre persiste on remplace la cantharide par le camphre et le malade sort guéri le 25 mai.

Depuis la publication de l'article de Gabalda, en 1857, l'usage de la cantharide dans le traitement de la pleurésie est devenu très répandu dans l'école homœopathique. Un médecin de Lyon, le Dr Faivre, a publié une thèse, évidemment inspirée par l'école de Hahnemann, sur ce sujet.

L'indication de la cantharide dans le traitement de la pleurésie se tire de *l'épanchement* lui-même. Ce médicament doit être prescrit quand la violence du mouvement fébrile a été diminuée par l'usage de l'aconit et quand le point de côté a cédé à l'action de la bryone; il doit être administré toutes les fois que l'épanchement constitue le symptôme principal.

Nous administrons habituellement la 3e dilution, III ou IV gouttes dans XX grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Nous prescrivons la 2e et la 1re dilution

ou même la teinture mère si l'épanchement résiste à la 3e dilution.

On trouvera dans la collection de l'*Art médical* et dans les deux volumes de ma *Clinique* de nombreuses observations de pleurésie traitée par cantharis.

E) Varia. — Ici s'arrêtent ou à peu près les connaissances positives que nous possédons sur la pathogénésie de la cantharide et son emploi thérapeutique. Nous dirons en quelques mots les effets produits par ce médicament sur les organes de la digestion, de la respiration et sur le mouvement fébrile !

Indépendamment des lésions causées par le contact des préparations cantharidiennes pendant la déglutition (érythème et vésicules), nous signalerons la *salivation* comme un symptôme produit par la cantharide sur l'homme sain, même quand ce médicament n'est pas administré par la bouche.

Les vomissements et la diarrhée, les évacuations sanguinolentes, et même de sang pur, les débris membraneux, les douleurs *brûlantes*, *atroces* à l'épigastre et dans le ventre sont les symptômes habituels de la gastro-entérite déterminée par la cantharide introduite dans l'estomac.

*Symptômes de la respiration.* — La toux produite par les cantharides est sèche, fréquente, convulsive, coqueluchoïde, excitée par un chatouillement dans la gorge. Il existe en même temps de l'enrouement, de la faiblesse de la voix, de la respiration difficile et de la douleur dans le larynx.

Si on rapproche ces symptômes, qui sont ceux de la laryngite aiguë, avec *l'angine membraneuse* signalée par Maxwell, on comprendra qu'on ait proposé la cantharide

dans le traitement de l'angine diphtérique et du croup.

Je ne connais pas d'observations qui justifient cette indication.

*Mouvement fébrile.* — La cantharide n'est point essentiellement fébrigène comme l'aconit et la bryone. D'après Giacomini et Galtier, la température s'abaisse et le pouls se ralentit considérablement par les doses fortes. Les petites doses au contraire élèvent la température et augmentent la fréquence du pouls.

Dans nos expériences sur les lapins avec des doses fortes, la température s'est toujours élevée le soir pour redescendre le matin. Les doses toxiques ont amené une chute de la température.

Dr P. Jousset.

---

# MATIÈRE MÉDICALE

## EXPÉRIENCES DE LA CANTHARIDE SUR DES LAPINS.

(*Laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques.*)

La cantharidine, principe actif des cantharides, n'est pas soluble dans l'eau, ce qui constitue une grande difficulté pour l'étude de ce médicament sur les lapins.

En effet cet animal est tellement sensible à l'alcool qu'il n'est pas possible d'employer chez lui des teintures alcooliques. On s'expose avec ces préparations à produire des symptômes étrangers à la substance que l'on veut étudier et à tuer prématurément l'animal en expérience par l'alcoolisme.

La cantharidine est soluble dans l'huile et l'huile cantharidée est une préparation assez énergique. Cependant nous avons été obligé d'y renoncer parce qu'elle était trop peu active.

Nous nous sommes servi dans une de nos expériences du cantharidate de potasse dissous dans l'eau au 1/1000 puis au 1/100 mais le plus souvent nous avons employé une solution aqueuse de cantharis, préparation très active parce que si la cantharidine isolée n'est pas soluble dans l'eau, la cantharidine contenue dans l'insecte lui-même devient soluble dans l'eau grâce à la matière jaune contenue avec elle dans le corps de l'insecte. Nous avons donc employé cette solution aqueuse au 1/10 et nous avons employé de l'eau glycérinée pour que la préparation puisse se conserver quelques jours.

*Première expérience.*

Lapin mâle, de forte taille. Sa température observée pendant quatre jours variait de 39°5 à 40°. Le 14 mars, nous commençons les injections d'*huile cantharidée*. A ce moment, la densité des urines était de 1.009 et elles ne contenaient pas d'albumine.

On injecte cinq gouttes d'huile cantharidée.

Les doses sont augmentées successivement jusqu'à 15 gouttes. La température reste à 39°5 et on obtient des traces d'albumine pour la première fois le sixième jour de l'expérience.

Les jours suivants, la dose d'huile cantharidée est augmentée jusqu'à 80 gouttes. L'albumine se montre en petites quantités et d'une manière irrégulière. Deux fois jusqu'à la fin du mois la température atteint 40° le soir sans que ce degré soit en rapport avec la quantité d'huile injectée.

On cesse les injections pendant six jours et la température reste à 39°5.

Le 3 avril, on injecte 20 gouttes d'une macération aqueuse de cantharide au 1/10. La température, le soir, s'élève à 40°1 et s'y maintient le lendemain.

Le 4 avril, même injection. Les urines sont albumineuses.

Le 5 avril, suppression des urines, érection, abaissement de la température à 38°.

On suspend les injections et on donne du lait à boire au lapin.

Le 7, on reprend les injections à la dose de 5 gouttes, puis 10, 15 et 30 gouttes les jours suivants.

La température s'élève à 40°2 mais l'albumine ne reparaît pas dans les urines.

Le 13 avril, le lapin est étranglé par un chien.

*Autopsie.* — Péritonite hémorrhagique; le rein droit est énorme, le gauche à peu près normal. On suppose qu'une injection a dû pénétrer dans le péritoine. Les pièces sont adressées à M. Lefas.

L'examen histologique se trouve avec les observations suivantes.

En résumé, la température n'a pas été modifiée par l'injection d'huile cantharidée. La solution aqueuse a produit une élévation de température d'un demi à un degré le soir. Une quantité notable d'albumine, l'anurie et une érection notable coïncidant avec l'anurie.

*Deuxième expérience.*

Le lapin qui a servi à cette expérience était très jeune et d'un petit volume. La température normale atteignait 40°.

Du 16 au 20 avril, il reçut 20 puis 30 gouttes de la macération aqueuse de cantharide. On constata quelques traces d'albumine, mais la température s'éleva de 40° à 40°2.

Les injections furent suspendues pendant cinq jours. La température redescendit et oscilla entre 39°2 et 39°5.

Le 26 avril, on reprit les injections avec le cantharidate de potasse au 1/1000; on injecta d'abord un demi-milligramme, puis un et deux milligrammes de cantharidate. Il se produisit fort peu d'albumine mais la température se maintint à 41°.

Le 1er mai, la dose fut augmentée. On injecta un centigramme de cantharidate de potasse. La température monte à 40°1 le soir. Le lendemain matin, elle redescendit à 39°6 et le lapin mourut.

*Autopsie.* — Sérosité très peu sanguinolente en quantité très notable dans les plèvres et le péricarde, reins congestionnés. Les pièces ont été remises à M. Lefas.

Ces deux premiers animaux présentent à l'examen histologique des lésions identiques à un degré d'intensité près.

Les reins sont atteints de la variété de néphrite aiguë parenchymateuse qu'on appelle néphrite aiguë desquamative dont le type se retrouve dans le choléra.

Les reins sont gros et grisâtres par place, les vaisseaux très hyperhémiés et on trouve en un point de la substance corticale, sous la capsule, une petite nappe hémorrhagique.

Les glomérules très gros offrent une multiplication cellulaire; peu d'épanchement dans leur séreuse de Bowmann.

Les tubes contournés présentent les uns des cellules de

Heidenhain granuleuses et gonflées au point de masquer entièrement la lumière du tube; dans d'autres, fonte granuleuse de la partie interne de ces cellules avec détritus granuleux dans la lumière du tube.

Les tubes droits, bien que contenant en certains points des détritus cellulaires, paraissent indemnes.

*Troisième expérience.*

Lapin, jeune comme le précédent. Les injections ont été faites avec un demi centimètre cube de la solution aqueuse de cantharide. La dose a été augmentée successivement jusqu'à deux centimètres cubes. Les urines sont devenues légèrement albumineuses; elles sont très foncées et en très petite quantité.

La température atteint jusqu'à 40°6 et l'animal est mort prématurément le huitième jour de l'expérience.

*Autopsie.* — Les reins étaient congestionnés, le foie présentait une douzaine d'abcès gros comme des lentilles. Le pus de ces abcès était absolument aseptique.

*Examen histologique.*

Les reins, comme ceux des deux animaux précédents, sont le siège de la variété de néphrite parenchymateuse aiguë appelée *néphrite aiguë lymphomateuse* ou par diapédèse.

Toutes les diverses portions du rein sont encombrées de cellules migratrices infiltrées entre les tubes et masquent en partie l'aspect propre de ces dernières. Ces cellules sont plus nombreuses dans la substance corticale.

*Foie.* — Amas de cellules migratrices autour des veines sus-hépatiques et surtout des divers vaisseaux des espaces portes. Congestion des capillaires intercellulaires; aspect

légèrement granuleux des cellules hépatiques dont les noyaux se colorent très mal ou peu.

En résumé, lésions inflammatoires du foie.

*Quatrième expérience.*

Ce lapin, fort jeune comme les deux précédents, avait 40° de température deux jours avant l'expérience.

On lui a injecté une solution aqueuse de cantharide additionnée de glycérine : le premier jour, X gouttes ; le second, XV gouttes ; la même dose les trois jours suivants ; XX gouttes le sixième jour de l'expérience ; XXV gouttes le septième jour ; XXX gouttes, le huitième ; XX gouttes le neuvième parce que sous l'influence de XXX gouttes la température était tombée à 38°5 ; le dixième, onzième, douzième jours, XL gouttes ; L gouttes le treizième jour. Le lapin meurt la nuit suivante.

Jusqu'au huitième jour de l'expérience, où XXX gouttes ont été injectées, la température est restée entre 39°6 et 40° exceptionnellement 40°2.

Avec les fortes doses, XL et L gouttes, la température a baissé environ d'un degré, oscillant entre 38°5, 38°8, 39°4 et 5.

Les urines ont diminué de quantité, elles étaient extrêmement foncées et ont présenté de l'albumine dès le premier jour de l'expérience ; cette albumine a persisté tous les jours, mais elle était restée à l'état de traces, excepté les deux derniers jours où la quantité était un peu plus notable.

*Autopsie.* — Mort par syncope ; le ventricule gauche fortement revenu sur lui-même est vide ; sang coagulé dans les deux oreillettes.

Sécheresse des plèvres et du péritoine, intégrité du poumon.

Liquide dans le péricarde ; reins plus gros, une zone d'un rouge sombre, une largeur de 5 millimètres sépare les deux substances du rein.

Le foie contient des corpuscules blancs, irréguliers, durs, analogues à des grains de riz.

Examen histologique : rein très lésé, dégénérescence granuleuse des cellules des tubes contournés qui sont d'aspect pâle et trouble, sans noyau bien visible avec détritus granuleux dans la lumière de certains tubes.

*Glomérules.* — Multiplication des noyaux. De plus amas de cellules migratrices à la périphérie de ces glomérules.

Ces cellules migratrices se retrouvent en nombreux points du tissu intertubulaire. Hyperémie légère au voisinage de la capsule.

En somme, néphrite *aiguë, parenchymateuse* tenant le milieu comme type entre la néphrite dégénérative et la néphrite lymphomateuse (Lefas).

*Résumé.* — De ces quatre expérimentations nous pouvons conclure :

Que la cantharide à doses fortes produit chez les animaux une néphrite aiguë parenchymateuse, d'un caractère spécial, que la quantité des urines est diminuée et quelquefois supprimée (anurie), que les urines sont d'un rouge noir, qu'elles contiennent de l'albumine en faible quantité.

Une seule fois nous avons observé une érection notable chez un lapin fortement intoxiqué et en état d'anurie.

Ces lésions ont été notées par tous les expérimentateurs.

Une seule fois nous avons trouvé un liquide sérosanguinolent dans la plèvre et dans le péricarde.

Une autre fois nous avons rencontré une péritonite hémorrhagique très abondante dans le péritoine; mais nous avons des raisons de croire qu'une ou plusieurs des injections sous-cutanées avait pénétré directement dans le péritoine.

Quant à l'action de la cantharide sur la température, elle se résume en ceci : avec les doses dont nous nous servions habituellement la température s'est élevée; elle s'est abaissée seulement quand nous avons exagéré ces doses.

D[r] P. Jousset.

---

# THÉRAPEUTIQUE

## LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE

*Progrès trompeurs. — Abus des médicaments. — Exagération des doses. — Emploi intempestif des calmants et des palliatifs. — Absence de lois thérapeutiques. — Tâtonnements. — Illusions.*

On proclame aujourd'hui bien haut les progrès de la médecine (1); le public confond trop facilement les progrès des sciences médicales en général avec les progrès de la thérapeutique; certes l'art de reconnaître les maladies, le diagnostic, l'histoire naturelle des maladies, les lésions qui les accompagnent et les déterminent, l'évolution habi-

(1) Tiré de la *Revue homœopathique belge*, mai 1897.

tuelle de ces lésions, — toutes ces notions sont plus vastes, plus justes, les moyens employés sont plus variés, plus nombreux ; mais, atteignent-ils réellement le but désiré, en un mot guérit-on mieux les malades aujourd'hui qu'il y a trente ans?

Si l'on consulte les statistiques générales des hôpitaux et les tables de mortalité, on acquiert la conviction que les décès sont au moins aussi nombreux que jadis ; et pourtant l'hygiène, surtout l'hygiène des hôpitaux, a apporté d'heureuses modifications dans l'hospitalisation des malades ; les salles sont plus spacieuses, mieux aérées, la plus grande propreté y est entretenue, les causes d'infection sont éloignées, etc. ; eh ! bien, malgré ces progrès, malgré les soins plus éclairés dont sont entourés les malades des hôpitaux, le nombre des décès ne s'est guère modifié : il meurt autant de pneumoniques, de pleurétiques, de typhoïdes, de rhumatisants que jadis (1), en un mot les résultats de la thérapeutique actuelle ne sont pas

(1) S'il est une maladie, par exemple, au sujet de laquelle on a beaucoup discuté et pour laquelle on a vanté tour à tour des traitements variés, c'est bien la pneumonie. Eh ! bien, voici ce que nous lisons dans la *Presse médicale* du 20 janvier 1897 :

« La thérapeutique de la pneumonie a jusqu'ici bien peu bénéficié des notions étiologiques et pathogéniques acquises dans ces dernières années. Malgré la découverte du pneumocoque, on est toujours réduit aux anciennes méthodes, qui s'adressent plus au malade qu'à la maladie. Les tentatives infructueuses de sérothérapie ont même conduit des auteurs comme Biette, Magendie et plus récemment Diestel (de Vienne), à proposer l'expectation pure et simple, véritable aveu d'impuissance de la thérapeutique moderne, dont les visées sont généralement plus élevées. »

plus satisfaisants qu'il y a trente ans ; à certains moments, comme ce fut le cas lors de la vogue des antithermiques et des microbicides, ils étaient même beaucoup moins favorables. Oui, si la médecine a fait des progrès, les malades n'ont guère à s'en louer et, pour employer une expression récemment mise à la mode, la thérapeutique des maladies internes a, jusque maintenant, fait banqueroute.

C'est une situation déplorable pour les malheureux malades. Quelles en sont les causes ! Nous allons en passer quelques-unes en revue.

Et d'abord on abuse des médicaments ; un grand nombre d'entre eux sont imparfaitement connus ; jadis la thérapeutique de la plupart des médecins se bornait à des prescriptions diététiques et hygiéniques, des tisanes, etc.; beaucoup de moyens externes : cataplasmes, fomentations, frictions, etc. ; il suffit de relire le livre du Dr VALLEIX, *Le médecin praticien*, pour s'en convaincre ; aujourd'hui, pour la moindre petite affection, les médecins prescrivent des remèdes à action puissante, perturbatrice, altérante.

Prenons un exemple : jadis, pour un catarrhe gastrique simple, on se bornait à un purgatif, à quelque tisane et à une certaine diète ; aujourd'hui le médecin ajoute un ou plusieurs remèdes de la série des antiseptiques, salol, etc., prétendûment pour désinfecter le tube digestif, puis de la noix vomique ou de la strychnine, du salicylate de bismuth, etc., et des vins toniques ; rien d'étonnant, dès lors, si le malade, qui doit absorber et digérer tous ces remèdes, ne sent pas sa position s'améliorer.

Un grand nombre de médecins, surtout ceux qui sont nouvellement dans la pratique médicale, prescrivent les remèdes à des doses fortes, voisines de la dose toxique,

sans tenir le plus souvent compte de la susceptibilité des malades ; ceux-ci sont loin de se ressembler sous ce rapport ; telle dose sera supportée sans trop d'inconvénient immédiat par l'un, qui produira des effets déplorables chez un autre ; la tendance aux fortes doses s'accentue de jour en jour ; c'est à qui, parmi les médecins, donnera la dose la plus forte ; tous ces médicaments amènent d'énormes perturbations dans l'organisme et produisent, plus souvent qu'on ne le pense, toute autre chose que la guérison.

Au lieu de s'adresser plus directement au fonds de la maladie, la thérapeutique officielle de nos jours s'occupe beaucoup trop des palliatifs et des calmants. La liste des médicaments palliatifs s'est beaucoup allongée depuis une vingtaine d'années, aussi on en proscrit constamment, sans trop s'inquiéter si l'effet calmant n'est pas accompagné d'autres effets plus ou moins pernicieux à l'organisme, surtout à l'organisme malade, c'est-à-dire très susceptible ; alors l'influence malencontreuse d'un remède administré uniquement dans le but d'apaiser un symptôme pénible, peut être bien préjudiciable.

Croit-on, par exemple, que du sulfonal (1), du trional (2), etc., prescrits dans le cours d'une maladie aiguë

---

(1) Le *sulfonal* a été présenté comme un somnifère sans danger, mais à mesure que l'usage s'en est répandu, on a pu lui attribuer plusieurs cas d'intoxication mortelle.

Il est à remarquer que les doses dangereuses de *sulfonal* sont très variables.

(2) Le *trional*, au début de son emploi, avait soulevé un vif enthousiasme dont on est un peu revenu depuis. Il n'est pas, en effet, tout à fait inoffensif, et l'on a signalé quelques cas d'intoxication, dont un mortel, dus à son injection à doses excessives.

pour procurer du sommeil, de la morphine, de la codéine, sous prétexte de calmer la toux, etc., soient sans influence sur le cours et l'issue de la maladie ? C'est malheureusement ainsi que cela se pratique couramment ; un grand nombre de remèdes sont prescrits uniquement pour modifier, calmer un seul symptôme ; on perd de vue que les calmants ont pour la plupart une action puissante non seulement sur le symptôme que l'on veut apaiser, mais aussi sur l'ensemble de l'organisme, sur le système nerveux central, la circulation, l'appareil digestif, etc.

S'il peut être inoffensif, par exemple, pour un homme en pleine force et en pleine santé, atteint d'une névralgie simple *a frigore* ou de migraine, de prendre de la quinine, de la morphine, de l'antipyrine, il n'en est pas de même pour un organisme malade, affaibli ou en pleine crise fébrile.

L'influence intempestive d'un calmant, précisément au

---

Les symptômes d'empoisonnement sont les mêmes que pour le *sulfonal* : oligurie, anurie même, apparition d'hématoporphyrine dans l'urine, vomissement, coma, etc. (*Revue médicale* de Louvain, mars 1897.)

M. le Dr N. Gierlich (de Wiesbaden) a observé un cas d'intoxication chronique par le *trional*, remarquable en ce sens que les phénomènes toxiques ont revêtu un aspect clinique assez semblable à celui de la paralysie générale.

L'usage du *trional* ayant été suspendu, tous les phénomènes morbides se dissipèrent progressivement.

Cette observation est de nature à engager une fois de plus les praticiens à être circonspects dans l'emploi du *trional* et notamment dans l'administration prolongée de ce médicament, laquelle devra être entrecoupée par des intervalles de plusieurs jours de repos. (*Semaine médicale*, 5 septembre 1897.)

milieu de la lutte de l'organisme contre la maladie, ne peut-elle pas faire pencher la balance du mauvais côté et amener des accidents graves? Nous n'en doutons pas et nous sommes convaincu que beaucoup de crises salutaires sont souvent arrêtées par l'administration d'un calmant, d'un palliatif donné avec la meilleure foi du monde, uniquement dans le but de soulager; le fait est bien reconnu aujourd'hui, par nos adversaires eux-mêmes, pour les tuberculeux; prescrire des opiacés et des narcotiques, sous prétexte de diminuer la toux si fatigante, leur est plutôt nuisible qu'utile; nos confrères allopathes s'abstiennent en général des opiacés chez les poitrinaires, mais ils font encore sur une grande échelle usage de calmants et de narcotiques dans la plupart des maladies.

Non, la thérapeutique officielle n'a guère fait de progrès et ceux-ci ne sont certes pas en rapport avec les récentes découvertes et les nombreux matériaux apportés par les sciences accessoires de l'art médical : anatomie pathologique, chimie biologique, microscopie, physiologie, pathologie, etc. Certes, on sait mieux, aujourd'hui qu'il y a trente ans, pourquoi et comment l'on meurt, mais on ne sait pas mieux ce qu'il faut faire pour guérir, et, circonstance aggravante, grâce aux armes nombreuses et parfois terribles introduites aujourd'hui dans la pratique médicale, on voit survenir des accidents inconnus autrefois.

Et comment pourrait-il en être autrement; la thérapeutique officielle n'a pas de loi proprement dite pour la guider dans ses essais : en présence d'une maladie, tantôt elle emploie la méthode évacuante, tantôt la méthode révulsive, tantôt la méthode altérante, les antithermiques, les microbicides, les toniques, etc., tout cela selon les idées du jour et les caprices du médecin.

A peine une découverte des sciences accessoires de l'art de guérir est-elle annoncée, vite les médecins changent leurs batteries, et les médications les mieux connues, les mieux établies par la clinique sont délaissées pour la nouvelle venue ; c'est ce qui est arrivé pour les antithermiques, les microbicides, etc. A l'heure qu'il est, c'est ce qui se passe aussi pour l'organothérapie ou opothérapie ; depuis la découverte de l'action du suc thyroïdien, on emploie la thyroïdine pour presque toutes les maladies ; on essaie les sucs de tous les organes des animaux pour les donner aux malades dont les organes correspondants sont atteints (1). Attendons-nous à voir sous peu toutes les maladies de l'espèce humaine traitées de cette façon ; on y arrive déjà ; les affections de la poitrine seront soignées par du suc de poumon de bœuf, celles du cerveau par de la cérébrine, celles du foie par le suc du foie, celles des reins par de la néphrine, etc..... Nous faisons pour-

(1) L'idée de traiter les maladies par l'ingestion de certains organes ou tissus animaux est déjà ancienne ; il s'agissait là d'une thérapeutique instinctive sans autre base scientifique, d'observations très confuses transmises par la tradition. C'est ainsi que les toreros mangeaient les testicules des taureaux sacrifiés « pour se donner des muscles et du sang froid » ; que les chasseurs, pour augmenter leur résistance à la fatigue, recherchaient les organes mâles du sanglier ; que les personnes affectées de toux opiniâtre étaient traitées par du sirop de *mou* (poumon) de veau ; que les anémiques se régénéraient en buvant aux abattoirs du sang encore chaud des animaux. On pourrait multiplier ces exemples et montrer combien l'âme populaire avait foi en des remèdes dont quelques faits heureux avaient révélé la puissance. Mais ces croyances étaient demeurées sans écho dans les milieux scientifiques.

tant, à propos de l'organothérapie, une réserve semblable à celle que nous avons formulée déjà au sujet de la sérothérapie; elle a avec l'homœopathie et la loi des semblables de nombreux rapports.

Rien ne peut démontrer le peu de stabilité, je dirais même le peu de valeur de la médecine classique, que toutes ces variations par lesquelles elle passe constamment; elle change d'un moment à l'autre ses moyens d'action suivant les idées qui sont en vogue au sujet de la nature des maladies : on trouve des remèdes qui ont la propriété de diminuer l'intensité de la fièvre, vite on emploie presque exclusivement les antithermiques; on découvre les microbes spéciaux à certaines affections, vite on abandonne tous les autres moyens pour employer des médicaments microbicides; on finit par s'apercevoir que l'hydrothérapie a de la valeur : toutes les maladies sont, pendant un certain temps, traitées par les douches; le massage fait son entrée dans la thérapeutique des écoles, de suite presque toutes les maladies internes elles-mêmes sont traitées par le massage; certaines idées au sujet de la pathologie et de la pathogénie prennent-elles cours qu'aussitôt les moyens thérapeutiques suivent le courant : on quitte ainsi les toniques pour les soustractions sanguines, les adoucissants pour les irritants, la diète mitigée (1)

(1) Actuellement on nourrit plus ou moins les malades; la diète que prônaient les anciens médecins était condamnée, mais nous devons nous attendre à la voir bientôt recommandée de nouveau, comme au temps de Broussais :

« Au cours d'expériences ayant pour but de déterminer les influences capables de modifier les effets des toxines microbiennes sur les animaux, MM. Teissier et Guinard ont remarqué



pour la nourriture à outrance (le gavage), les tisanes pour le vin et les alcooliques, etc. Il suffirait de faire l'histoire du traitement d'une maladie, et de montrer les changements à vue qui se sont produits à ce sujet, pour faire toucher du doigt l'incohérence et le gâchis de la thérapeutique officielle. Aussi nous comprenons fort bien l'espèce de découragement, pour ne pas dire d'écœurement, qui envahit peu à peu les médecins au fur et à mesure qu'ils avancent dans la pratique médicale ; on écrirait un volume entier rempli de leurs déclarations et de leurs aveux d'impuissance. Mais si l'on s'avise de demander l'opinion de médecins moins âgés, surtout parmi ceux qui ont récemment conquis leurs diplômes, ils s'empressent de vous répondre : c'est vrai, jusqu'ici il n'y a eu que des tâtonnements, mais maintenant l'on est sur la bonne voie, nous allons marcher. Illusions, illusions, chers confrères, ceux qui vous ont précédés de quelques années tenaient exactement alors le même langage que vous.

Dr Martiny.

---

que les toxines sur lesquelles portaient leurs recherches (la pneumobacilline et la toxine diphtérique) agissaient beaucoup moins énergiquement sur les animaux privés de nourriture.

« Si les résultats obtenus par MM. Teissier et Guinard avec la pneumobacilline et la toxine de la diphtérie, se produisent également pour d'autres toxines, il y aurait lieu de se demander si les médecins d'autrefois n'avaient pas raison de mettre tous leurs malades à la diète et si la pratique actuelle qui consiste à alimenter le plus possible les maladies infectieuses ne présente pas plus de dangers que d'avantages. » (*Presse médicale belge*, 21 mars 1897.)

# ÉTIOLOGIE

## DES PRODUITS MORBIDES SANS MICROBES

Dans les expériences sur les animaux, nous avons produit des abcès, des épanchements pleurétiques et péritonéaux, des endocardites, des hépatisations complètement aseptiques, c'est-à-dire absolument dépourvues de microbes pathogènes.

Ces abcès, nous les avons produits dans le tissu cellulaire d'animaux soumis à des injections d'une préparation aqueuse de *bryone* (chien et lapin). Nous avons produit des abcès à forme métastatique dans le foie d'un lapin soumis à des injections sous-cutanées d'une solution aqueuse de cantharide.

Des épanchements complètement aseptiques dans la plèvre, le péricarde et le péritoine ont été produits chez des lapins par la bryone et par la cantharide.

L'aconit a déterminé des lésions d'endocardite aiguë sur les valvules mitrales de lapins lentement empoisonnés par une solution d'aconit.

Enfin, une solution d'émétine, principe actif de l'ipécacuhana a produit chez le cobaye des noyaux d'hépatisation disséminés dans les deux poumons.

Nous nous sommes assuré de l'absence de microbes pathogènes dans ces différentes lésions, non seulement par l'examen microscopique, mais encore par des cultures demeurées stériles.

J'ajoute que ce que nous avons fait a été fait par beau-

coup d'expérimentateurs et qu'en particulier le pus aseptique n'est point une rareté en bactériologie.

Aussi, en signalant ces faits, nous n'avons nullement le dessein de constater quelque chose de nouveau, mais seulement d'en tirer les conclusions qui y sont logiquement contenues pour le problème du rôle des microbes pathogènes dans les processus morbides.

Comme on le voit, il s'agit ici principalement d'une question de pathologie générale.

Si d'un côté il est constant que des lésions définies comme la suppuration et l'hépatisation pulmonaires peuvent être produites en l'absence de tout microbe pathogène; si d'un autre côté une lésion définie comme l'hépatisation pulmonaire peut être produite tantôt par le pneumocoque, tantôt par le bacille de Lœffler, le streptocoque, le bacille d'Eberth, n'en ressort-il pas que le rôle étiologique des microbes ne soit singulièrement diminué.

Si nous ajoutons que tous ces microbes peuvent rester inoffensifs au milieu de nos tissus, n'aurons-nous pas encore amoindri les théories naguère triomphantes de l'étiologie microbienne.

A côté de ces faits qui ont leur signification et qui s'appuient sur la méthode expérimentale la plus rigoureuse, nous en trouvons d'autres plus nombreux qui tendent à donner au microbe pathogène un rôle beaucoup moins banal.

C'est d'abord la présence habituelle, sinon constante, d'un microbe déterminé dans une lésion également déterminée : ainsi, le bacille de Koch dans la tuberculose, celui d'Eberth dans la fièvre typhoïde, le bacille de Lœffler dans la diphtérie et le pneumocoque encapsulé dans la pneumonie.

Nous avons dit la présence habituelle parce que, comme nous l'avons déjà fait remarquer, la même lésion n'est pas toujours caractérisée par le même microbe, et s'il y a des pneumonies à pneumocoques, il y en a à streptocoques.

Et enfin, il y a des *angines blanches* non seulement dangereuses, mais même mortelles sans bacille de Lœffler.

Néanmoins, pour la tuberculose et pour la fièvre typhoïde, c'est toujours le même microbe qui caractérise la lésion.

Voici maintenant un point beaucoup plus démonstratif : si vous prenez un microbe pathogène, si vous le cultivez de manière à l'avoir à l'état de pureté, ce microbe reproduira l'espèce morbide dont il provient absolument comme une graine reproduit un végétal, mais à deux conditions, et ces deux conditions changent complètement la donnée du problème : pour que le microbe pathogène reproduise la maladie dont il provient, il faut deux choses : la première, c'est qu'il pénètre dans l'organisme ; la seconde, c'est que l'être vivant auquel est inoculé le microbe soit doué de la prédisposition définie à contracter cette maladie.

D'où il résulte que même dans les cas qui semblent les plus simples quand toujours le même microbe se retrouve dans la même maladie, le bacille de Koch pour la phtisie, celui d'Eberth pour la fièvre typhoïde, même dans ces cas, le microbe pathogène n'est que l'*instrument* de la transmission de la maladie ; c'est si peu une cause que s'il rencontre devant lui l'immunité naturelle ou acquise, il reste absolument sans effet.

En résumé, les produits morbides les plus divers existent tantôt avec le même microbe, tantôt avec des microbes différents et tantôt sans microbe. Et le microbe

pathogène le plus virulent ne peut se multiplier dans l'organisme et y produire une maladie déterminée qu'à la condition que cette maladie existe déjà en puissance dans l'organisme.

D'où nous concluons que le microbe est habituellement une cause instrumentale, mais jamais une cause prochaine.

Dr P. Jousset.

---

De l'immunisation expérimentale de l'intestin contre le poison typhique. — Pathogénésie microbienne de la fièvre typhoïde.

Le Dr G. Sanarelli a publié, dans le numéro de juin des *Annales de Pasteur*, un 3e mémoire intitulé : *Etudes sur la fièvre typhoïde expérimentale.*

Ce mémoire, qui est une suite aux travaux déjà publiés par les auteurs sur le même sujet, contient une étude *sur l'immunité* communiquée expérimentalement à l'intestin contre la toxine du bacille d'Eberth et des conclusions sur la pathogénésie de la fièvre typhoïde.

*Immunité intestinale contre le poison de la fièvre typhoïde.* — Le Dr Sanarelli appelle cette immunité *accoutumance* de l'intestin ; il l'obtient soit en faisant avaler à des cobayes de la toxine des bacilles d'Eberth ; soit, ce qui est plus extraordinaire, en leur ingérant dans l'estomac le poison résultant de la viande de bœuf putréfiée. Cette accoutumance n'empêche pas les cobayes d'être très sensibles à la toxine du bacille d'Eberth et de succomber très rapidement à la fièvre typhoïde expérimentale « mais sans présenter la lésion intestinale accoutumée ».

Le D[r] Sanarelli trouve dans ces faits l'analogie des fièvres typhoïdes humaines *sans lésions intestinales.*

Nous faisons toutes nos réserves sur l'existence de la fièvre typhoïde sans aucune lésion intestinale, la présence du bacille d'Eberth chez un fébricitant n'étant pas une preuve absolue de l'existence d'une fièvre typhoïde puisqu'on a trouvé ce bacille chez des pleurétiques. Il n'est pas permis en critique pathologique de conclure de la présence d'un microbe déterminé à l'existence d'une espèce morbide déterminée ; puis la question n'est pas encore résolue.

Chez les cobayes, dont l'intestin a acquis l'*accoutumance* contre le poison typhoïde et auxquels, néanmoins, on inocule la fièvre typhoïde, la maladie inoculée produit une mort rapide sauf les symptômes et les lésions intestinales qui font absolument défaut et cependant les bacilles coli se multiplient et deviennent pathogènes comme dans tous les cas de fièvre typhoïde ; fait important et qu'il faut relever sur la pathogénésie de la fièvre typhoïde.

Nous trouvons dans les travaux de M. Sanarelli trois propositions :

1° L'intestin n'absorbe pas le poison typhique ;

2° On n'a peut-être jamais constaté la présence du bacille d'Eberth dans les fèces et dans l'intestin des typhoïdiques ;

3° La fièvre typhoïde n'est pas plus une maladie intestinale que la variole n'est une maladie de la peau.

I. *L'intestin n'absorbe pas le poison typhique.* — Certes, voilà une proposition qui va à l'encontre de toutes les idées reçues sur l'étiologie de la fièvre typhoïde généra-

lement attribuée à l'usage d'eau contaminée par les microbes de la fièvre typhoïde, Il y a peu de temps, on a raconté l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde qui s'expliquait par ce fait d'un marchand de lait qui lavait dans une eau contaminée les vases qui servaient à contenir le lait qu'il portait à ses pratiques.

Voici les propres expressions du Dr Sanarelli : « Nous avons vu plus haut que le poison typhique, injecté directement dans l'intestin, ou bien n'est presque pas absorbé dans l'organisme, ou bien est absorbé, modifié, et privé de son pouvoir toxique. » (P. 635.)

Le Dr Sanarelli appuie sa proposition de trois expériences chez les cobayes auxquels il a injecté dans l'estomac un liquide excessivement actif et il n'a observé aucun signe de maladie (Id.).

Ce fait nous paraît hors de discussion et voici le second qui en est une confirmation.

II. *On n'a peut-être jamais constaté la présence du bacille d'Eberth dans le foie et dans l'intestin des malades atteints de fièvre typhoïde.* — Cette opinion paraît paradoxale et en contradiction avec les idées courantes et les affirmations d'un grand nombre de bactériologistes. Mais le Dr Sanarelli fait observer que les travaux qui affirment la présence du bacille d'Eberth dans les selles des fièvres typhoïdes sont tous antérieurs au travail de Perdrix en 1891 qui, le premier, a donné le moyen de distinguer le bacillum coli du bacille d'Eberth. Ce premier bacille est très abondant dans les selles des fièvres typhoïdes et a été certainement confondu avec le bacille d'Eberth.

On sait de plus qu'un des effets les plus certains de la fièvre typhoïde est de multiplier entièrement le bacillum

coli qui ne tarde pas à devenir le seul habitant de l'intestin.

Il faut conclure de ces faits que c'est à tort qu'on a expliqué par la présence dans l'intestin du bacille d'Eberth les prodromes et les premiers symptômes de la fièvre typhoïde puisque d'une part l'intestin absorbe difficilement le poison secrété par le bacille d'Eberth et que de plus ce bacille n'existe pas dans l'intestin.

III. *La fièvre typhoïde n'est pas plus une maladie de l'intestin que la variole est une maladie de la peau.* — Franchement nous n'avions pas besoin de l'école microbienne pour arriver à cette grande vérité pathologique et à l'exception de Broussais, suivi par les organiciens, il n'existe pas un médecin qui regarde la fièvre typhoïde ou la variole comme des maladies de l'intestin ou de la peau : « Tout d'abord, dit Sanarelli, on doit abandonner la tradition qui considère la fièvre typhoïde comme une maladie d'origine intestinale, elle n'est autorisée ni par la clinique, ni par la bactériologie. Le plus souvent en effet les symptômes de la fièvre typhoïde ne commencent pas du côté de l'intestin. » (P. 388.)

Le bacille d'Eberth qui a pénétré la rate et probablement d'autres glandes lymphatiques commence à secréter la toxine, d'où le mouvement fébrile caractéristique, puis le poison s'élimine par l'intestin, y produit la multiplication et l'état pathogène du bacillum coli, d'où : les douleurs, le météorisme, la diarrhée et toutes les lésions intestinales de la fièvre typhoïde. C'est l'élimination du poison par d'autres organes qui explique les symptômes broncho-pulmonaires, rénaux et cérébraux de la fièvre typhoïde.

Quand la maladie se développe dans toute son intensité, qu'elle triomphe de toutes les résistances, les malades de Sanarelli succombent dans *un collapsus sans fièvre* comme les cobayes tués par le bacille d'Eberth.

C'est un fait que dans la fièvre typhoïde expérimentale les animaux ne présentent pas tous une période d'hyperthermie mais que tous périssent en quelques heures dans un collapsus hypothermique, ce qui fait dire à Sanarelli, « que si le bacille d'Eberth pouvait fabriquer sa toxine dans l'organisme humain avec la même intensité que les vibrions cholériques produisent le leur, la fièvre typhoïde serait, comme le choléra, une maladie courte et apyrétique. » (P. 395.)

Nous devons relever ici une double erreur; d'abord le collapsus ou plus rigoureusement la terminaison de la fièvre typhoïde s'accompagne toujours, si nous exceptons les hémorrhagies, d'une hyperthermie considérable.

Secondement nous considérons comme un enfantillage l'assertion du Dr Sanarelli qui consiste à dire que si le bacille d'Eberth secrétait son poison aussi vite que le bacille virgule, la fièvre typhoïde serait une maladie aussi courte et aussi apyrétique que le choléra; M. Sanarelli n'en sait absolument rien. La clinique n'est pas favorable à cette opinion du Dr Sanarelli, car dans les cas où la maladie revêt une violence et une rapidité inaccoutumée, quand la mort survient dans le premier septénaire, la thermalité est excessive.

Que conclure de ce long et important travail du Dr Sanarelli.

D'abord que la fièvre typhoïde est une maladie *totius substantiæ* et que les symptômes et les lésions intestinales constituent une affection symptomatique de la maladie.

Ensuite que l'étiologie hydrique, celle qui explique la propagation de la maladie par l'eau de boisson est loin d'être démontrée.

Dr P. Jousset.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du 3 août.*) — *Traitement chirurgical du goître exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical.* — M. Péan prend la parole à propos des récentes communications faites à l'Académie de Médecine sur le traitement du goître exophtalmique. Pour lui, la thyroïdectomie ne doit être appliquée que dans les cas où les moyens médicaux ont échoué, mais elle doit être pratiquée avant que la maladie de Basedow ait épuisé les forces au point de compromettre l'existence. L'opération est facile lorsque le goître est petit, non enflammé, facilement énucléable et peu vasculaire. Dans ces cas simples, quelques minutes suffisent pour enlever la tumeur par une incision petite, médiane verticale, l'énucléer et l'exciser, sans qu'il soit nécessaire de lier les vaisseaux si l'on se sert de pince hémostatique.

Dans les cas compliqués de friabilité du tissu, de suppuration des lobes, de suppuration extra-lobaire de kystes aréolaires nombreux, volumineux, d'adhérences anciennes, résistantes, une seule incision médiane suffit

encore pour enlever le goître. Mais il faut, pour abréger la durée de l'opération, et pour ne pas exposer les malades affaiblis à une perte de sang dangereux, et pour ne pas léser les organes voisins, recourir au pincement des vaisseaux et au morcellement de la tumeur pendant l'opération. Même, dans ces cas graves, la thyroïdectomie est d'une exécution facile et elle donne généralement des guérisons durables. Le myxœdème qu'on observe parfois à la suite de cette opération est passager et assez rare.

Enfin, l'exothyropexie, de même que la section du sympathique cervical, n'ont pas encore donné un assez grand nombre de guérisons pour qu'elles puissent être opposées avantageusement à la thyroïdectomie.

*Conditions de solidité des résultats de l'opération de la cure radicale de la hernie.* M. Lucas-Championnière combat très vivement le procédé de Lannelongue pour la guérison de la hernie par les injections de chlorure de zinc. Pour lui, les guérisons obtenues par ce mode opératoire ne peuvent être que temporaires et une guérison véritable ne peut être donnée que par l'opération sanglante qu'il a inventée et qui a reçu le nom de cure radicale et il conclut en disant.

« Les cas très nombreux et de longue date nous apprennent seuls la réelle valeur de l'opération.

« L'expérience tirée de nos observations, comme celle que nous pouvons avoir des faits que nous avons observés dans la pratique des autres, nous apprend que la cure radicale de la hernie est un fait acquis. Un grand nombre d'opérés suffisent à tous les efforts du travail et de la vie difficile après une réparation complète, mais ce résultat ne peut être obtenu que par des opérations laborieuses.

« L'étude des dissections des cas multiples et l'observation des causes multiples de récidive suffit à le démontrer.

« La sécurité dans les interventions peut être obtenue, mais cette sécurité ne peut résulter que d'opérations largement faites et très délicates.

« Toutes les opérations faites suivant une méthode imparfaite ne donnent que des apparences de guérison, et leurs dangers seront supérieurs à ceux que font courir les bonnes opérations. Il est donc aussi important de mettre en garde contre ces mauvaises opérations que d'affirmer la solidité et les bons résultats d'une bonne opération. »

(*Séance du* 10 *août.*) — Cette séance est entièrement consacrée à la lecture de rapports sur différents prix.

(*Séance du* 17 *août.*) — *Des albuminuries dyspeptiques.* — On a signalé depuis longtemps les albuminuries d'origine dypseptique qui forment l'un des groupes les plus indiscutés parmi les albuminuries fonctionnelles mais on n'a pas encore donné les caractères chimiques à l'aide desquels on peut sûrement les distinguer. C'est ce qu'essaie d'établir M. Albert Robin dans sa communication à l'Académie de Médecine. Or, comme dans les albuminuries d'origine dyspeptique, un traitement bien dirigé est d'ordinaire curateur, on comprend toute l'importance qu'il y a à diagnostiquer une de ces albuminuries purement fonctionnelle d'une véritablement lésionale. Voici à quels caractères on reconnaît l'albuminurie dyspeptique d'après M. R. Robin :

1° Coïncidence de l'albuminurie et des signes essentiels de l'hypersthénie gastrique HCl en excès dans le contenu stomacal; conservation de l'appétit ou son exagération

coïncidant avec l'aspect déprimé ou amaigri du sujet; distension variable de l'estomac, hypertrophie fonctionnelle et variable du foie; coprostase, crises gastriques ;

2° Quantité d'albumine variant depuis des traces impondérables jusqu'à 1 gramme rarement 1 gr. 50, presque jamais au delà; ordinairement la quantité oscille de quelques centigrammes à 0 gr. 50. Donc albuminurie minime;

3° Cette albuminurie est uniquement formée de sérine Quant on trouve de la globuline, c'est à l'état de traces impondérables;

4° Coexistence fréquente de la phosphaturie ;

5° Augmentation du coefficient de déminéralisation ;

6° Élévation fréquente du coefficient d'oxydation azotée, diminution du chimisme respiratoire ;

7° Coexistence de la glycosurie passagère dans le dixième des cas ;

8° L'albumine ne se rencontre habituellement que dans l'urine de la digestion ou après la marche. Le matin, après le jeûne et le repos de la nuit, l'albumine manque presque toujours ;

9° Si on enjoint au malade de garder le lit pendant quelques jours, sans mettre pied à terre, l'albumine disparaît totalement, même dans l'urine de la digestion ;

10° Le sédiment urinaire renferme souvent de l'acide urique et des urates, mais pas de cylindres vrais.

L'albuminurie gastrique une fois reconnue, M. Albert Robin conseille de mettre le malade au régime lacté absolu pendant vingt-cinq à trente jours et de lui faire garder en même temps le repos au lit, si possible.

(*Séance du 24 avril.*) *Un acarien dangereux des îles de la*

*mer des Indes*. — M. Mégnin fait une communication sur un acarien qui lui a été envoyé à déterminer par le Dr Emmerez de Charnoy, attaché au Muséum Desjardins de l'île Maurice. Cet acarien a 5 millimètres de long sur 4 de large, sans les pattes qui dépassent en longueur celle du corps ; il est de couleur roussâtre plus ou moins foncée et entièrement cuirassé. Cet acarien a été donné il y a plus de cinquante ans par le professeur Gervais sous le nom d'Holathyrus coccinelle. Le Dr de Charnoy avait accompagné l'envoi de cet animal de la note ci-jointe.

« Le rôle pathologique de cet acarien, qui porte ici le nom de « trouille-canards », n'est un secret pour personne. Les éleveurs d'oiseaux de basse-cour le savent si bien qu'ils ont renoncé à l'élevage des canards et des oies dans les endroits élevés de l'île où cet acarien se trouve en très grand nombre, caché pendant le jour sous les mousses et les pierres dans les endroits humides, trop fréquentés, malheureusement par les oiseaux en question que leur genre de vie expose à être généralement victimes de ces dangereux acariens, lesquels le sont aussi pour l'homme. Les enfants surtout sont principalement exposés à en souffrir quand, imprudemment, ils portent à leur bouche leurs mains qui ont saisi ces acariens. Plusieurs cas d'empoisonnement ont eu lieu à Guasique, causés par l'ingestion de trouille-canards, qui déterminent immédiatement une inflammation grave des muqueuses. M. le Dr Drouin a signalé dernièrement un cas curieux de ce genre sur un enfant : des œdèmes de la langue, et de toute la région pharyngienne menaçaient les jours du patient par asphyxie ; le Dr Drouin ne s'aperçut de la cause de ces accidents qu'après avoir fait restituer au patient des fragments de l'acarien. »

*Sérothérapie préventive du tétanos.* — M. Weber lit une note au sujet des expériences de M. Nocard sur les applications du sérum antitétanique au traitement du tétanos déclaré chez le cheval. Il approuve les sages réserves faites par M. Nocard au sujet des guérisons qui seraient survenues par l'emploi du sérum chez des animaux atteints de tétanos. Il en est tout autrement de l'emploi de ce sérum antitétanique comme moyen préventif. Ici les résultats sont constants, et son usage permet aux vétérinaires de pratiquer certaines opérations qui autrefois étaient presque toujours suivies de tétanos.

(*Séance du 31 août.*) — En raison des obsèques du Dr Luys, la séance n'a pas lieu.

Dr G. Nimier.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Ectopie cardiaque a droite consécutive a une pleurésie droite. — II. Intoxication aigue par le sublimé. — III. Sur la diphthérie. — IV. Tuberculose et obésité. — V. La rougeole a l'hopital des Enfants en 1896. — VI. Un cas d'empyème pulsatile tuberculeux guéri par une seule ponction. — VII. Sur trois cas de cancer de l'estomac consécutifs a un ulcère de l'estomac. — VIII. Sur l'élimination du bleu de méthylène.

### I

(*Séance du 16 juillet.*) — M. Henri Petit communique à la Société une observation d'*ectopie cardiaque à droite, consécutive à une pleurésie droite*. C'est un fait analogue à ceux qui ont été observés par MM. Fernet et Moutard-Martin (1).

Il s'agissait d'un homme de 62 ans, qui le fit appeler en février dernier pour une bronchite ; en auscultant le malade, il s'aperçut que le cœur se trouvait à droite du sternum.

« En avant, la matité cardiaque n'existait pas à gauche, et à droite, la matité sternale se continuait dans toute l'étendue du thorax, plus ou moins marquée jusqu'à la clavicule ; en bas, la matité du foie se confondait avec celle du thorax. Les ondulations de la paroi thoracique déterminées par les mouvements du cœur sont nulles à gauche, peu marquées mais assez étendues à droite du sternum. Les espaces intercostaux sont un peu rétractés, surtout vers la base, à droite. Les battements du cœur

---

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 10 déc. 1896, 15 janv. et 2 avril 1897.

s'entendent dans toute la poitrine, plus marqués en arrière qu'en avant, où ils paraissent séparés de la paroi thoracique par une lame de tissu assez épaisse. Je n'ai pas perçu de bruit de souffle au cœur. Lorsque je voulus retrouver la pointe, ce ne fut pas sans quelque difficulté, à cause de son éloignement vers la profondeur et de ses battements sourds, que je parvins à localiser son siège, par l'auscultation et la palpation, à 2 centimètres environ à droite et au-dessus de la base de l'appendice xiphoïde, dans le 4e espace intercostal. Le pouls était petit, faible, un peu irrégulier, rapide, battant 120 à la minute. Le malade respirait difficilement et restait toujours assis dans son lit, à peine un peu couché sur le dos. »

Le déplacement du cœur à droite était évident ; il n'y avait pas inversion des viscères, le foie et la rate étant à leur place normale. Le diagnostic de déplacement permanent du cœur à droite, par l'effet d'une pleurésie droite antérieure, était évident.

Comme chez les malades de MM. Fernet et Moutard-Martin, la rétraction des fausses membranes du côté droit du thorax y avait certainement attiré le cœur et le poumon gauche, et déterminé dans celui-ci, comme chez les deux autres malades, de la dilatation bronchique et de l'emphysème.

M. Galliard a eu récemment dans son service un phthisique porteur d'une caverne au sommet droit et présentant un développement exagéré du poumon gauche. Le poumon gauche masquait le cœur et, à droite du sternum, on constatait, dans les 2e et 3e espaces, des battements qui lui firent admettre un déplacement du cœur à droite. Le malade avait eu une pleurésie de ce côté ; il était donc

naturel d'attribuer à la rétraction des fausses membranes anciennes cette ectopie cardiaque supposée.

Un examen radioscopique démontra que le cœur n'était pas déplacé.

M. Beclère s'occupe de la sensation des battements de cœur à droite du sternum ; il ne conteste pas le fait, mais l'interprétation qu'on en tire. M. Petit croit avoir senti battre la pointe, parce qu'en accord avec les auteurs classiques, il pense que lorsque le cœur se déplace à droite, soit par refoulement des épanchements gauches, soit par rétractions des fausses membranes droites, il subit une torsion sur sa base tendant à le rendre d'abord vertical, puis oblique en sens inverse ; or, M. Bard, de Lyon, « a fait remarquer, il y a cinq ans déjà, que cette description classique reposait uniquement sur des interprétations cliniques et qu'il n'existait pas un seul cas de déplacement acquis du cœur où l'autopsie eût fait réellement constater le renversement de l'axe cardiaque. » M. Bard a démontré « d'abord avec l'examen clinique seul, plus récemment avec le témoignage irrécusable de plusieurs autopsies, que les épanchements pleuraux gauches et que les rétractions droites, qui entraînent une déviation du cœur à droite, déplacent cet organe en masse, sans que la direction générale de son axe soit modifiée » ; ce n'est donc pas le plus souvent la pointe du cœur dont on peut sentir les battements à droite du sternum. M. Beclère a vu, comme M. Galliard, par l'examen radioscopique, que les battements du cœur pouvaient être transmis à droite du sternum sans déplacement du cœur.

II

M. Gaston Poix, du Mans, a eu l'occasion de voir, dans

le cours de la même année deux empoisonnements graves par le sublimé. Dans l'un, il s'agissait d'une infirmière de Laennec qui mourut en quelques jours après avoir absorbé par erreur 2 grammes de sublimé.

Voici l'observation du second cas.

La nommée E..., âgée de 29 ans, accouche spontanément, le samedi 7 novembre 1896, d'un enfant vivant et bien portant ; les suites de couches sont normales. Le quatrième jour la sage-femme prescrit des injections vaginales chaudes contenant la valeur d'un verre ordinaire de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Bichlorure de mercure. . . . . . | 1 | gramme |
| Acide tartrique . . . . . . . . . . | 3 | — |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . | 500 | — |

Le jeudi 12 novembre, vers huit heures du matin, l'accouchée, voulant prendre un verre d'eau de Montmirail, commet une erreur de flacon et absorbe la valeur de trois cuillerées à soupe de la solution de sublimé. Vingt minutes après environ, elle prend comme contre-poison un demi-litre de lait qui est aussitôt vomi.

Nous sommes appelé auprès de la malade vers midi et nous constatons l'état suivant : le visage est pâle, le facies anxieux, les lèvres et les gencives présentent une légère tuméfaction ; le ptyalisme n'est pas très accentué ; l'haleine est fétide, la malade se plaint de la saveur métallique de sa salive et d'une sensation de brûlure au niveau du pharynx. A l'épigastre existe une douleur cuisante, qui est exaspérée par la pression ; il en est de même en arrière au niveau des apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires. Rien d'anormal à l'auscultation du poumon ; le pouls est bien frappé, mais un peu ralenti, la

respiration légèrement accélérée; il n'existe pas d'érythèmes au niveau du tégument externe. Nous prescrivons : eau albumineuse (10 blancs d'œufs par litre), lait chaud, grogs, thé au rhum, lavages et gargarismes antiseptiques de la bouche et du pharynx. Comme il s'est écoulé plus de quatre heures depuis l'ingestion du sublimé, nous jugeons inopportune l'administration d'un vomitif.

Dans l'après-midi la malade présente des vomissements d'abord muqueux, puis bilieux ; bientôt se produisent des selles fréquentes, constituées par des mucosités sanguinolentes, nageant dans un liquide séreux avec de nombreux débris épithéliaux ; elles sont accompagnées de coliques, à paroxysmes extrêmement douloureux, et occupant tout l'abdomen ; à la pression le maximum de la douleur siège au niveau de la fosse iliaque droite; le ptyalisme est beaucoup plus accentué que le matin; la respiration est normale, les bruits du cœur sont un peu sourds, le pouls est à 60; nous injectons 80 centimètres cubes de sérum artificiel.

Le 13 novembre. La nuit est très agitée, les douleurs abdominales très violentes ; il s'est produit plusieurs selles sanglantes; les urines, peu abondantes d'ailleurs, sont légèrement albumineuses ; nous continuons les mêmes prescriptions. Dans la journée les coliques s'atténuent légèrement; à l'agitation du matin fait place dans la soirée un état d'abattement assez accentué; nous injectons de nouveau 80 centimètres cubes de sérum artificiel.

Le 14. La malade est restée abattue en somnolant par intervalle; cet abattement persiste dans la journée ; dans l'après-midi se produisent deux selles sanglantes très abondantes. Injection de 80 centimètres cubes de sérum artificiel dans la soirée.

Le 15. État stationnaire ; les urines renferment une quantité notable d'albumine. Le pouls est, le soir, à 52 et la température à 36°,8. Nouvelle injection de sérum.

Le 16. L'état d'abattement s'est encore accentué ; la douleur du ventre à la pression est toujours considérable ; il n'y a pas eu de selles sanglantes. La température est de 36°,6 le matin et de 36°,8 le soir, le pouls est à 48 le matin et à 48 le soir. En présence de ce ralentissement considérable du pouls, nous prescrivons du sulfate de spartéine à la dose de 10 centigrammes par jour.

Dans la journée du 17, l'abattement reste considérable et le pouls oscille entre 42 et 46 ; il en est de même dans la journée du 18 ; cependant, le soir, le pouls remonte à 50. A partir de ce jour l'état s'améliore progressivement, la malade se sent plus forte et absorbe une plus grande quantité de thé au rhum et de grog ; le pouls monte à 60, puis à 64, à ce moment nous supprimons la spartéine. Ses urines restent albumineuses jusqu'au 1er décembre. Elle commence alors à prendre des aliments solides en petite quantité, mais ce n'est qu'au bout de deux mois que les forces reviennent à leur état normal. A la suite des repas, se produisent souvent des coliques, mais il n'est jamais apparu de selles sanglantes. Nous avons revu la malade le 15 mai dernier ; elle n'a pu allaiter son enfant et l'a mis en nourrice ; nous avons examiné les urines, elles ne renferment pas d'albumine.

Il est à remarquer que cette malade n'avait absorbé qu'une dose assez minime de sublimé (moins de 0,10), et cependant elle a présenté des accidents graves et prolongés.

Il y aurait donc lieu, pour éviter les méprises, qui sont presque toujours la cause des empoisonnements, d'obli-

ger les pharmaciens de colorer d'une façon spéciale les solutions de sublimé, ou de ne l'employer que sous forme de poudre.

III

M. Sevestre, à propos de la communication de M. Lemoine, que nous avons analysée dans le numéro précédent, revient sur la question de la diphtérie et principalement de la *strepto-diphtérie.*

Il est certain que l'on trouve presque toujours, même dans la bouche normale, des streptocoques ; si donc, « chez un enfant atteint de diphtérie, on trouve par certains procédés de culture, en même temps que le bacille de Lœffler, des colonies, même assez nombreuses, de streptocoques, cela ne veut pas dire forcément que l'on ait affaire à une strepto-diphtérie, ou, en d'autres termes, la présence du streptocoque n'implique pas d'une façon positive qu'il ait joué un rôle dans la maladie. La strepto-diphtérie ne consiste pas simplement dans la juxtaposition de deux microbes ; c'est une véritable association de laquelle il résulte une maladie à part qui n'est à proprement parler ni la diphtérie, ni la streptococcie, mais plutôt la combinaison des deux infections ».

Malgré la grande autorité de M. Sevestre, il nous est difficile d'admettre cette combinaison de deux maladies pour en former une troisième. En somme, pour nous, la strepto-diphtérie de M. Sevestre serait presque toujours la forme putride de la diphtérie ; quant au rôle spécial du streptocoque, dans ces cas, il est difficile à apprécier : 1° puisque des procédés spéciaux de culture peuvent relever le streptocoque dans presque tous les cas de diphtérie et même chez presque toutes les personnes saines ; 2° puisque, en somme, pris à temps, ces cas de diphtérie

grave guériront presque aussi bien que les autres par l'injection du sérum de Roux qui ne s'adresse qu'au bacille de Lœffler.

Mais il y a encore beaucoup de contradictions dans la bactériologie des angines diphtéritiques.

Nous approuvons, par contre, complètement le Dr Sevestre, lorsqu'il parle de la nécessité de l'examen bactériologique dans la plupart des angines blanches, en ajoutant que, lorsque l'examen de la gorge indiquera des fausses membranes étendues, avec un état général assez grave, il vaudra mieux faire une première injection de sérum, se réservant de la renouveler si l'examen bactériologique confirme le diagnostic.

A la séance suivante, M. Marfan revient sur la question et dit qu'il y a lieu de faire des examens bactériologiques successifs parce qu'à un examen unique, on peut ne pas découvrir le bacille.

Il a observé un enfant de 9 ans, pris en pleine santé d'une angine aiguë avec un exsudat blanchâtre assez adhérent sur l'amygdale droite. La culture de cet exsudat, « après vingt heures, donnait des streptocoques nombreux et d'une telle longueur que certaines chaînettes allaient d'une extrémité à l'autre du champ du microscope ; *aucune forme bacillaire* ». M. Marfan diagnostiqua une angine non diphtérique, il ne fit pas d'injection ; jusqu'au sixième jour, l'angine évolua d'une façon bénigne. Le septième jour, la fièvre se rallume et la gorge se recouvre de fausses membranes ; un nouvel examen montre des *bacilles longs et enchevêtrés* ; une injection de sérum amena une prompte guérison.

En somme, il s'agissait d'une angine de forme moyenne et non d'une strepto-diphtérie, bien que le premier

examen ont fait voir des streptocoques en aussi grande quantité.

IV

M. Queyrat présente à la Société deux malades de sa clientèle, un homme de 65 ans et une jeune femme de 25 ans, ayant tous les deux les apparences de la santé la plus parfaite; ils ont bonne mine; ils sont gros et gras; l'homme est même obèse et cependant ce sont deux tuberculeux en évolution avec des bacilles dans les crachats.

M. Nocard a rapporté des cas semblables chez les animaux.

V

(*Séance du 23 juillet.*) — M. L. Bernard, interne de l'hôpital des Enfants, présente un compte rendu de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1896, que nous allons résumer brièvement; 508 enfants sont entrés dans la salle affectée à la rougeole; de ce nombre, il faut soustraire 25 erreurs de diagnostic, donc 483 cas de rougeole confirmée.

Il y a eu 104 décès, soit 21,5 p. 100, chiffre voisin de celui de l'année précédente (20,72 p. 100), mais plus considérable que celui qui est rapporté par Comby pour l'hôpital Trousseau en 1895 (14,42 p. 100).

Voici la décomposition de ces 104 décès :

| | |
|---|---|
| Broncho-pneumonie . . . . . . . | 77 cas. |
| Bronchite. . . . . . . . . . . . . . | 4 — |
| Phlegmon. . . . . . . . . . . . . . | 2 — |
| Gastro-entérite des nourrissons . . | 6 — |
| Tuberculose pulmonaire . . . . . | 1 — |
| Péritonite tuberculeuse . . . . . . | 1 — |
| Pas de causes notées. . . . . . . . | 11 — |

Dans ces 11 derniers cas, la rougeole semble avoir à elle seule, sans complications, amené la mort ; ce sont des exemples de forme maligne.

La rougeole est donc plus meurtrière dans les hôpitaux d'enfants que la fièvre typhoïde et la scarlatine ; dans la pratique de la ville, au contraire, la rougeole est une maladie amenant rarement la mort.

Si on examine la mortalité au point de vue de l'âge des petits malades, on reconnaîtra que la gravité de cette maladie diminue avec l'âge :

| | |
|---|---|
| Avant 1 an. . . . . | 59,4 0/0 |
| De 1 à 2 ans. . . . | 42,1 — |
| De 2 à 3 — | 24,0 — |
| De 3 à 4 — | 12,1 — |
| De 4 à 5 — | 10,4 — |
| Au-dessus de 5 — | 4,0 — environ. |

D'après cette statistique, nous voyons que la rougeole est rare pendant la première année de la vie et sa plus grande fréquence varie entre 1 et 5 ans.

Si l'on compare la mortalité de la rougeole actuelle avec celle qu'on observait avant la création des pavillons d'isolement, on voit qu'elle a augmenté assez notablement et on explique cette aggravation par le voisinage des enfants qui gagnent ainsi les complications pulmonaires de leurs voisins.

Si on compare ce qui se passe dans les deux hôpitaux d'enfants, on verra qu'à l'hôpital Trousseau, ou l'on peut isoler les complications de la rougeole, la mortalité est moindre (14,42 p. 100 au lieu de 21,5) et que les broncho-pneumonies y sont beaucoup plus rares (12 p. 100 au lieu de 24 p. 100).

MM. RENDU et MARFAN insistent aussi sur la différence considérable de gravité entre les rougeoles soignées à l'hôpital et celles de la ville ; différence telle que M. Rendu a pu dire que dans une pratique de vingt-cinq ans, il n'a jamais vu mourir un seul enfant de la rougeole.

## VI

M. BÉCLÈRE présente à la Société un malade qu'il lui a fait voir le 25 mars 1894 ; cet homme portait alors un vaste épanchement purulent dans la plèvre gauche, sans fièvre et avec un état général assez bon ; il y avait d'intéressant, dans son cas, le caractère pulsatile de l'empyème (pulsations isochrones aux battements du cœur se montrant dans la région axillaire gauche, au niveau des sixième, septième et huitième espace intercostal); l'absence de pneumothorax concomitant (d'après la théorie de Féréol, l'existence du pneumothorax serait une des conditions nécessaires de l'empyème pulsatile); en outre le cœur était déplacé à droite d'une façon extraordinaire à en juger par les battements qu'on voyait au voisinage du mamelon droit; le doigt sentait des battements énergiques dans le sixième espace intercostal droit, à 17 centimètres de la ligne médiane.

Il s'agissait, à cette présentation, de décider s'il y avait lieu à une opération radicale ou à une seule ponction. M. Rendu avait conseillé de faire une ou deux ponctions puis d'arriver à l'empyème.

Or une seule ponction a été faite il y a trois ans et le malade est aujourd'hui en assez bon état, « il se sent plus fort et plus dispos qu'avant sa maladie, mange très bien, dort de même, ne crache pas, ne tousse pas et grimpe,

les escaliers au pas de course. » L'examen de la poitrine montre que l'épanchement est résorbé, que le cœur a repris sa place, qu'il est même plutôt un peu attiré à gauche; un examen radioscopique, fait avec M. Oudin, a démontré que le bord du cœur ne déborde pas la colonne vertébrale à droite comme cela existe à l'état physiologique.

Cette observation vient démontrer que la pleurésie purulente tuberculeuse est parfaitement curable, même par une simple ponction, sans aucun lavage de la plèvre, sans aucune injection médicamenteuse.

VII

(*Séance du* 30 *juillet.*) — M. Mathieu rapporte les observations de trois malades, chez lesquels l'ulcère simple de l'estomac a été suivi de cancer. Cette transformation n'est pas très rare puisque certains auteurs l'ont rencontrée dans 4 p. 100 des cas et certains autres dans 20 p. 100.

Dans les trois observations de M. Mathieu le diagnostic a été établi pendant la vie et confirmé par l'autopsie.

Chez le premier malade, c'est dix ans avant la mort que les signes d'ulcère simple se sont manifestés, principalement par de l'hyperchlorhydrie.

Il en a été de même chez le second malade ; la transformation de l'ulcère en cancer a été reconnue deux ans avant la mort, par l'existence d'une acanthasis nigricans et d'une adénopathie sus-claviculaire gauche.

Chez le troisième malade, l'ulcère n'a précédé le cancer que de deux ans.

A l'autopsie, la présence soit de noyaux cancéreux dans le foie, soit d'une adénopathie cancéreuse du mésentère a confirmé la nature cancéreuse de l'affection stomacale.

Dans les trois cas, on a pu retrouver la trace de l'ulcère primitif au centre des lésions cancéreuses; l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'épithéliomas divers. Le cancer paraît prendre naissance au niveau des bords de l'ulcère simple primitif.

Il est à remarquer, au point de vue clinique, que le cancer qui succède à l'ulcère simple à une marche assez lente et une assez longue durée; les symptômes d'ulcère simple précèdent pendant des mois l'apparition de la tumeur et les autres signes du cancer.

## VIII

MM. Achard et Castaigne ont étudié à nouveau l'*élimination du bleu de méthylène*. Chez les personnes qui ont un rein intact, le bleu de méthylène s'élimine principalement en nature, une petite portion est transformée en un chromogène incolore facile à déceler, grâce à une coloration verte qu'il détermine lorsqu'on chauffe l'urine avec de l'acide acétique; au contraire, lorsque le filtre rénal est peu perméable, l'élimination du bleu de méthylène est retardée, tandis que celle du produit chromogène reste normale.

Chez un malade du service de M. Schwartz, chez lequel on croyait à une tumeur rénale et à qui on faisait le cathétérisme de l'uretère, on observa que le rein sain éliminait régulièrement le bleu, que le rein malade éliminait normalement la matière chromogène et tardivement le bleu.

D[r] M. Josset.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le vertige de Ménière et son traitement. (Gilles de la Tourette. *Semaine médicale*, 1897, n° 38.)

Sans nous attarder à l'étude intéressante consacrée à la description et à la pathogénie du vertige de Ménière, nous supposerons le diagnostic bien nettement posé de vertige labyrinthique et nous donnerons une analyse rapide du traitement proposé par M. Gilles de la Tourette.

En présence d'un malade atteint de vertige de Ménière le médecin a deux médicaments à sa disposition : sulfate de quinine et salicylate de soude. Le traitement chirurgical ne produit aucun bon résultat. Il faut même le cesser pendant l'administration des médicaments.

« La médication quinique est la méthode de choix, sinon la seule. » Mais la technique, la manière de prescrire a une grande importance et le sulfate de quinine bien administré guérit des vertiges labyrinthiques contre lesquels il avait d'abord été sans effet. Aussi pour être certain que la médication sera bien suivie faut-il confier le malade à des personnes expérimentées et sûres et l'éloigner de son entourage habituel si celui-ci n'empire pas une confiance absolue. Ces petites précautions préliminaires ont d'autant plus d'importance que, pendant les premiers jours, la médication aggrave et les bourdonnements et les vertiges, ce qui pourrait effrayer le malade et sa famille et leur faire abandonner le traitement né-

cessaire. La dose de sulfate de quinine à prescrire est variable d'un sujet à l'autre. La dose suffisante est celle « *qui provoque nettement des bourdonnements et des vertiges sans que ceux-ci soient intolérables.* » Cette dose suffisante oscille habituellement entre 0,50 centigrammes et 1 gramme, Elle est d'environ 0,75 en moyenne, on la répartit en 3 ou 4 cachets que l'on fait prendre dans l'intervalle des repas avec une grande quantité d'eau pour ne pas irriter l'estomac. Le médicament est continué à cette dose pendant une période de quinze jours dans tous les cas. Si, au bout de ce temps, la guérison n'est pas complète, après quelques jours de repos pour l'estomac, on prescrira une seconde période de traitement de quinze jours également et une troisième ensuite si cela est nécessaire.

Dans les cas où la quinine a échoué, il faut s'adresser au salicylate de soude qui, lui aussi, donne des bourdonnements d'oreille ; on le prescrit dans ce cas à la dose de 2 à 4 grammes.

Les résultats obtenus par cette méthode sont merveilleux. La quinine, dit M. Gilles de la Tourette, n'est pas loin d'être le véritable spécifique du vertige labyrinthique.

Or ce traitement spécifique n'est, si l'on veut bien y réfléchir, qu'une application de la loi homœopathique. Quand Charcot, en 1874, l'a appliqué au vertige labyrinthique, les homœopathes se servaient depuis longtemps déjà du sulfate de quinine contre les bourdonnements d'oreille et les vertiges. *Similia similibus curantur.* Le sulfate de quinine produit des bourdonnements d'oreille chez l'homme sain; il les guérit chez le malade auquel on le prescrit. C'est même cette action de la quinine sur l'oreille qui conduisit

Charcot à prévenir ce traitement : « Charcot pensa qu'à l'aide du sulfate de quinine qui, comme chacun sait, disait-il, détermine entre autres phénomènes des bruissements, des bourdonnements d'oreille plus ou moins accentués, on parviendrait peut-être en prolongeant suffisamment son emploi à doses élevées, à produire des modifications durables dans le fonctionnement du nerf auditif. » (Gilles de la Tourette.)

De plus dans cette application du sulfate de quinine au vertige de Ménière nous voyons un exemple de la loi, que nous avons souvent entendu formulée par notre maître le Dr Jousset, pour le choix de la dose en homœopathie : Les doses fortes doivent être employées lorsque la maladie offre l'image des effets secondaires du médicament, c'est-à-dire des effets produits par les fortes doses. Les doses infinitésimales au contraire doivent être réservées pour combattre les symptômes analogues aux effets primitifs c'est-à-dire à ceux produits par les plus petites doses. (*Homœopathie et Thérapeutique positive*, par le Dr P. Jousset.)

TRAITEMENT DES NÉPHRITES INFECTIEUSES PAR LA TEINTURE DE CANTHARIDES. (Thèse de la Faculté de Paris, par Mlle Myszinska, 1897.)

Après avoir été longtemps en honneur contre l'hydropisie et comme diurétique, depuis Hippocrate jusqu'à ces trente dernières années, la cantharide tombe en défaveur à la suite d'intoxication et d'albuminurie causées par le vésicatoire. On l'abandonna dans le traitement des néphrites comme une médication antiphysiologique. Lorsqu'en 1891 Lancereaux publia 36 cas de néphrites aiguës guéries avec la cantharide, Germain Sée pût traiter sa méthode

d'hérésie physiologique, et peu de médecins osèrent s'en servir. L'expérience a montré ce qu'il fallait penser de cette prétendue hérésie. Des travaux récents sont venus ajouter aux observations de Lancereaux de nouvelles preuves de l'utilité de la cantharide dans les néphrites aiguës. Mlle Myszinskra apporte à l'appui de sa thèse dix observations nouvelles recueillies dans le service de M. Barth. Parmi elles s'en trouve une bien intéressante où l'auteur rapporte la guérison par la cantharide d'une albuminurie abondante et réfractaire à tout traitement depuis dix-sept mois, chez une tuberculeuse, avec amélioration de l'état général et cicatrisation fibreuse de lésions au 3ᵉ degré. (Obs. V de la thèse.)

Les conclusions de cette étude intéressante sont qu'il ne faut jamais essayer la teinture de cantharide chez les artérioscléreux et les saturnins, parce que chez eux la médication paraît donner un coup de fouet aux accidents urémiques. Par contre, l'opinion de l'auteur, basée sur l'étude des travaux concernant cette question et sur ses propres essais chimiques, est que nous avons dans la teinture de cantharides un diurétique remarquable et un moyen précieux d'abaisser le taux de l'albuminurie réfractaire à tout autre traitement chez les néphrétiques épithéliaux jeunes. La dose conseillée par l'auteur est de IV à XII gouttes de teinture dans un verre de lait. Quelquefois il est nécessaire de revenir à différentes reprises à la teinture de cantharide après de courtes périodes de repos, lorsque le médicament ne s'est pas montré efficace une première fois.

**Action sudorifique et antisudorifique de la poudre de Dower. — Comment il faut prescrire la poudre de Dower.** (*Journal du Praticien*, 1897.)

La poudre de Dower, disent les formulaires, est un sudorifique vanté contre les affections rhumatismales peu ou point fébriles. De fait l'auteur de l'article, le Dr Liégeois, nous donne de nombreux exemples de l'action sudorifique de la poudre de Dower. Comme telle, d'après l'auteur, elle rendrait service dans le rhumatisme subaigu. Au début de la rougeole et de la scarlatine, alors que l'éruption est incomplètement sortie et qu'il existe beaucoup de fièvre et d'agitation, la poudre de Dower provoque une transpiration qui paraît favoriser l'exanthème, et coïncide avec un abaissement de température et une euphorée incontestable. De même dans la grippe et certaines inflammations pulmonaires, l'effet diaphorétique contribue à diminuer la congestion du poumon et à soulager le malade. A côté de ces cas où se manifeste si nettement l'action sudorifique de la poudre de Dower, il en est d'autres où elle a un effet tout inverse. Ainsi, chez les phtisiques atteints de transpirations profuses, elle s'est montrée un anhydrotique puissant. La dose à employer pour obtenir cet effet antisudoral est la même que celles à prescrire pour voir en d'autres cas l'action diaphorétique. La poudre de Dower, qui produit des sueurs profuses chez les rhumatisants, guérit la transpiration des phtisiques, et ces deux effets si nettement opposés sont produits par les mêmes doses de 0 gr. 30 centigrammes à 0 gr. 50 centigrammes.

**La sauge comme agent antisudoral.** (*Journal du Praticien*, n° 19, 1897.)

L'action antisudorifique de la sauge chez les phtisiques fut connue et utilisée par Van Swieten et Sydenham. Ce dernier utilisait également le même médicament contre la galactorrhée persistant après l'allaitement. Après ces deux auteurs la sauge disparut complètement de l'arsenal thérapeutique jusqu'au moment où Trousseau et Pidoux la vantèrent à nouveau. Depuis lors son action bienfaisante contre les sueurs des phtisiques a été démontrée par Krahn (thèse de Greifswald, 1896), par la thèse de Neurisse où sont consignés les résultats obtenus à Lille dans le service de M. Combemale, enfin par des expériences cliniques faites par M. Deguy à Necker dans le service de Huchard. Sur 38 cas où Krahn essaya la teinture de sauge il n'eut à enregistrer que deux insuccès. La dose à employer est de XX gouttes de teinture le matin et de XX à XXXX gouttes le soir, selon la durée et l'intensité des sueurs nocturnes. L'effet de la sauge se ferait sentir environ deux heures après l'ingestion du médicament et le bénéfice de cette action se conserverait encore quelques jours après sa suppression. (M. Deguy, *loco citato.*) Krahn ne se borna pas à expérimenter la sauge sur les malades, il eut l'idée de l'essayer sur lui-même pour connaître également les effets produits sur l'homme sain. A cet effet il prit des doses croissantes de teinture et il eut à se plaindre de sueurs abondantes, de sécheresse de la bouche, de soif intense..., etc... (*Journal des Praticiens.*) Parmi les symptômes signalés par l'auteur nous ne retiendrons que ceux-ci, qui tendraient à prouver que la sauge est un médicament homœopathique de la transpiration des phtisiques.

Effets favorables de la créosote administrée a petite dose dans les affections gastriques. (*Sem. médicale*, nº 30.)

| | |
|---|---|
| Créosote de hêtre . . . | III gouttes. |
| Faites dissoudre dans | |
| Alcool. . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Ajoutez | |
| Potion gommeuse. . . | 100 — |

F. S. A. Faire prendre par jour une cuillerée à café (pour enfant) ou à bouche (pour adultes) de cette potion immédiatement avant chacun des trois repas.

Telle est la formule dont se sert le Dr Zagger (de Zurich) pour combattre certaines maladies du tube digestif. Les gastro-entérites infantiles et divers états dyspeptiques seraient parfaitement justiciables de cette médication. Ainsi administrée à faible dose la créosote serait particulièrement utile contre les vomissements, les symptômes d'irritation gastrique. Elle aurait également un bon effet sur la diarrhée lorsque celle-ci est la conséquence de l'affection stomacale et la ferait alors rétrocéder rapidement.

Avant M. le Dr Rangger, la créosote était utilisée dans les mêmes conditions et à doses également faibles par les homœopathes. Dans le traité de matière médicale du Dr Jousset, J.-P. Tessier, dans son article sur la créosote, recommande ce médicament de la 1re à la 3e dilution contre les vomissements et la diarrhée, surtout contre les vomissements des phtisiques, les vomissements de la grossesse, les vomissements nerveux et même ceux du cancer.

Parmi les faits cités ici, quelques-uns sont nouveaux et ne font pas encore suffisamment autorité pour nous permettre de tirer une conclusion ferme. Aussi nous contenterons-nous de dire qu'ils nous paraissent tout au moins une raison de ne pas condamner *à priori* la doctrine homœopathique comme une *hérésie* thérapeutique.

Dr J. Humbau.

## REVUE DES JOURNAUX

### DU PHOSPHORE CONTRE LE PROLAPSUS RECTAL DES ENFANTS

Ayant constaté que les enfants atteints de prolapsus du rectum présentent d'habitude des signes plus ou moins nets de rachitisme, M. le Dr F. Schmey (de Beuthen), a eu l'idée d'avoir recours, dans les cas de ce genre, à l'usage interne du phosphore sous la forme d'une solution de 0 gr. 01 centigramme de cette substance dans 100 grammes d'huile de foie de morue, à prendre à dose de 1 à 3 cuillerées à café par jour. Par ce moyen, en effet, notre confrère a toujours obtenu la disparition totale et définitive du prolapsus rectal, résultat qui était habituellement atteint après l'ingestion d'un seul flacon d'huile phosphorée. (*Semaine médicale*, 24 février.)

### SÉROTHÉRAPIE DANS LA TUBERCULOSE

Dans un travail antérieur, M. F. Niemann a rapporté le résultat de ses recherches sur la sérothérapie dans la

tuberculose; il avait obtenu un sérum antituberculeux en traitant de jeunes chèvres, par des toxines obtenues par précipitation de la tuberculine par l'alcool. Aujourd'hui l'auteur fait connaître les modifications qu'il a apportées à la fabrication de l'antitoxine tuberculeuse.

Il se sert à cet effet d'une culture pure très virulente du bacille de Koch qu'il injectait à de jeunes chèvres, d'abord à la dose de 2 à 3 centimètres cubes, puis en augmentant graduellement la dose jusqu'à arriver, au bout de huit jours, à injecter 15 centimètres cubes par jour. On injectait ensuite à ces animaux la toxine obtenue par précipitation de la tuberculine par l'alcool, et 3 à 5 milligrammes de cette toxine suffisent pour tuer en huit ou quinze heures un cobaye tuberculeux depuis vingt-huit à trente jours. Les chèvres recevaient, suivant leur poids, d'abord de 12 à 18 milligrammes de cette toxine en solution aqueuse, puis, au bout de vingt-huit à trente jours, 1/2 à 1 gramme par jour, et finalement jusqu'à 3 à 4 grammes par jour. De cette façon les animaux recevaient une quantité colossale du principe actif des toxines, ce qui n'est guère possible si on se sert de la tuberculine non précipitée.

Le sérum de ces animaux possède les propriété toxiques de la tuberculine et si l'on injecte à un cobaye de 250 à 300 grammes, cinq semaines après son infection par la tuberculose, 2 à 4 centimètres cube du sérum des chèvres auxquelles on a fait les injections de tuberculine, les cobayes succombent infailliblement au bout de douze à vingt heures, tandis que les cobayes tuberculeux témoins qui ont reçu la même quantité de sérum de chèvres normales se portent très bien.

Pour que ces chèvres fabriquent des antitoxines, on leur injecte à doses croissantes des cultures tuberculeuses

de trois à quatre semaines, à la température de 30 à 35°. Avec les bactéries vivantes, l'organisme des animaux injectés reçoit des substances actives qu'on ne peut jamais en extraire *in vitro* et des produits résultant des échanges vitaux des bactéries et que la chaleur à 50° détruit. Après ces injections, le sérum de ces animaux contenait des antitoxines tuberculeuses dont la quantité était très variable, mais l'existence de ces antitoxines était indiscutable, ainsi que l'ont démontré les expériences sur des cobayes tuberculisés auxquels on injectait à la fois une dose mortelle de tuberculine et une quantité variable de sérum ; 1,5 cc. de ce sérum suffisait pour préserver contre une dose deux fois mortelles un cobaye de 300 grammes, tuberculeux depuis trente jours, et lui donner une survie de trente jours. Les animaux non injectés avaient la même survie, tandis que ceux qui ne recevaient que la tuberculine succombaient au bout de sept à dix-huit heures.

A un tuberculeux apyrétique, âgé de 33 ans et présentant une réaction violente après injection de 1/2 milligramme de tuberculine, on injecta, cinq jours après cette réaction, 1 milligramme de tuberculine et 75 centimètres cubes de sérum sans provoquer aucune réaction, tandis qu'une nouvelle injection de tuberculine, sans sérum, faite après le même laps de temps, provoqua de nouveau la réaction. Le sérum en question semble donc avoir des propriétés antitoxiques réelles.

Une autre série d'expériences consista à traiter par l'antitoxine tuberculeuse des animaux rendus tuberculeux. Plus de 40 cobayes infectés depuis un, dix, dix-huit jours survécurent aux cobayes tuberculeux non injectés, la survie allant jusqu'à huit mois et durant encore. L'examen des cobayes injectés et sacrifiés à diffé-

rents moments après l'injection démontra que les injections d'antitoxine amènent la guérison, en six à huit semaines, de la tuméfaction qui se produit au lieu de l'injection et qui ne guérit jamais spontanément, et la tuméfaction des ganglions lymphatiques disparaît.

Encouragé par ces résultats l'auteur a essayé aussi l'effet de l'antitoxine tuberculeuse chez l'homme, et du moins, en ce qui concerne les cas légers, les résultats furent satisfaisants : l'état général s'améliora, les bacilles disparurent des crachats, l'expectoration diminua ; quand à la guérison, il est impossible d'en parler encore vu la trop courte durée de l'essai.

---

## INTOXICATION PAR LE JABORANDI

M. Laval a communiqué à la Société de thérapeutique l'observation suivante :

Une femme, de souche neuro-arthritique et atteinte d'iritis chronique, prend pendant plusieurs jours une infusion de 2 grammes de jaborandi. Cette médication n'ayant produit aucun résultat appréciable, la malade porte d'elle-même cette dose à 4 grammes et même à 6 grammes par vingt-quatre heures. Vers le sixième jour environ du traitement, elle est prise de nausées, de vomissements, avec abattement et faiblesse générale. Elle éprouve surtout, dans la région sus-hyoïdienne, une sensation de constriction des plus pénibles ; la cavité bucco-pharyngée est très rouge et très sèche.

Malgré les diurétiques et les toniques prescrits pour combattre cet état, la sécheresse douloureuse bucco-pharyngée persiste durant près de deux mois. (*Semaine Médicale*, 8 mai.)

TEINTURE DE CANTHARIDES DANS UN CAS D'HYDROPYSIE D'ORIGINE HÉPATIQUE.

Il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, atteinte d'une hypertrophie du foie de nature inconnue, et qui présentait de l'ascite, de l'hydrothorax et de l'œdème des membres inférieurs. Le régime lacté absolu et le calomel donné à la dose de 0 gr. 20 centigr. pendant trois jours n'ayant produit aucune amélioration, M. Patry émit la pensée que l'on pourrait peut-être, dans ce cas, utiliser avec avantage l'action diurétique de la cantharidine. On fit donc prendre à la malade de la teinture de cantharides, dans un julep gommeux, à la dose progressivement croissante de 2 à 10 gouttes par jour. Cette médication eut pour effet de porter la quantité des urines de 400 à 1,500 grammes par jour, de faire disparaître l'œdème des membres inférieurs et l'hydrothorax, de diminuer l'ascite de moitié, enfin d'amender considérablement l'état général. Ce résultat ayant été obtenu, on cessa l'usage de la teinture de cantharides et on prescrivit l'iodure de sodium à la dose de 1 gramme par jour, ainsi que des tisanes diurétiques. L'ascite ne tarda pas à se résorber entièrement et le foie, qui auparavant dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, reprit ses dimensions normales. (*Semaine Médicale*, 1er mai.)

---

OPOTHÉRAPIE SPLÉNIQUE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

D'après M. le Dr H. C. Wood, professeur de thérapeutique à l'University of Pennsylvania de Philadelphie, il existerait entre la rate et le corps thyroïde un certain

rapport physiologique susceptible d'être utilisé pour le traitement de la maladie de Graves. Ce fait a été constaté par notre confrère dans un cas de goître exophtalmique chronique où l'on vit survenir brusquement une splénite aiguë d'origine inconnue. Un abcès profond se forma dans le parenchyme de l'organe. Cet abcès fut incisé, mais il donna cependant lieu à des phénomènes graves de septicémie, qui finirent heureusement par se dissiper. Trois semaines après l'apparition de l'abcès splénique, le volume du corps thyroïde commença à décroître et la glande ne tarda pas à revenir à ses dimensions normales, en même temps que tous les autres symptômes basedowiens rétrocédaient aussi d'une manière définitive.

C'est cette observation qui a suggéré à M. Wood l'idée d'employer l'extrait de rate dans la maladie de Graves, médication que notre confrère a déjà eu l'occasion d'essayer nombre de fois. Dans la majorité des cas, le résultat a été nul, mais quelques-uns des sujets ainsi traités se sont trouvés considérablement améliorés. Il convient cependant de faire ressortir que l'opothérapie splénique présente des inconvénients assez sérieux. En effet, l'extrait splénique glycériné, lorsqu'il est administré par la voie buccale à des doses suffisamment élevées pour produire l'effet désiré, peut provoquer des troubles digestifs intenses avec douleurs abdominales, nausées et vomissements; d'autre part, si on l'emploie en injections hypodermiques, il cause souvent une irritation locale violente et détermine même la formation d'abcès.

Parmi les cas de goître exophtalmique traités par M. Wood, il en est un surtout qui met en évidence les avantages aussi bien que les inconvénients du traitement en question. Cette observation concerne une femme qui

était atteinte de maladie de Basedow depuis six ans. L'exophtalmie, le goître, la dyspnée et l'éréthisme nerveux étaient très prononcés. Le pouls, fort irrégulier, battait plus de 180 fois par minute. Une première cuillerée à bouche d'extrait splénique glycériné amenait aussitôt un violent accès de gastralgie, suivi d'anorexie complète. Comme ces troubles se reproduisaient chaque fois que l'on tentait de faire ingérer à la malade une dose élevée du remède, on eut recours aux injections hypodermiques du même extrait glycériné à la dose de X gouttes, répétée deux fois par jour. Ces injections exerçaient une action favorable des plus manifestes sur le syndrome basedowien, mais elles provoquaient aussi au point injecté des indurations inflammatoires et des douleurs si intenses qu'on était obligé d'en suspendre périodiquement l'usage et de faire ingérer dans ces intervalles de l'extrait splénique en petite quantité. Cette médication fut continuée pendant six semaines, après quoi l'on se borna à prescrire à la malade, trois fois par jour, X gouttes d'extrait splénique glycériné avec X gouttes de teinture de digitale. Actuellement l'état de la patiente est très satisfaisant ; le goître a disparu, les troubles nerveux se sont considérablement amendés, l'exophtalmie a beaucoup diminué, de même que la tachycardie, bien que le cœur soit encore très excitable. La femme, qui auparavant était incapable de sortir de chez elle par suite de l'essoufflement extrême que lui occasionnait la marche, peut maintenant faire de longues promenades à pied. (*Semaine médicale*, 2 juin.)

---

### LE CAMPHRE COMME ANTIGALACTAGOGUE

Pour tarir la sécrétion lactée chez les mères qui ne doi-

vent pas allaiter leurs enfants, M. le Dr A. Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, prescrit avec succès le camphre, dont l'action antigalactagogue a été constatée par M. A. Kiener (de la Forge) sur les vaches laitières. M. Herrgott fait prendre le camphre en cachets de 0 gr. 20, qu'il administre trois fois par jour et cela pendant trois jours consécutifs. Dans une trentaine de cas où ce traitement a été employé, la sécrétion lactée aurait presque toujours diminué d'une façon absolument remarquable. (*Semaine médicale,* 2 juin.)

---

# NOUVELLES

## EXPOSITION DE TURIN

En vue de l'Exposition qui s'ouvrira à Turin en 1898, l'*Omiopatia in Italia* convie les médecins homœopathes italiens à lui faire parvenir la nomenclature de leurs ouvrages et publications qui pourraient figurer dans une exposition de la littérature homœopathique italienne. Elle adresse le même appel aux pharmaciens qui disposeraient de spécialités homœopathiques. (*Journal belge d'homœopathie.*)

## L'HOMŒOPATHIE AU PARLEMENT DE PRUSSE.

A la séance parlementaire du 4 mai, M. Pless a pris la parole pour solliciter du ministère l'établissement d'une chaire d'homœopathie dans les universités de l'Etat.

Dans sa réponse, le premier ministre, M. Althoff, ne se montre pas hostile à la proposition, mais il estime qu'il suffirait de conseiller aux professeurs de thérapeutique générale d'approfondir toutes les méthodes, y compris l'homœopathie. Ce serait, en effet, la meilleure solution à la condition que l'on choisisse pour donner un cours d'une telle importance un professeur qui aurait étudié à fond tout ce qu'il serait appelé à enseigner. Malheureusement il n'y a pas dans l'enseignement officiel un esprit assez large pour vouloir examiner sans parti pris la méthode hahnemannienne.

L'exemple d'une étroitesse d'esprit incroyable et d'une mauvaise foi évidente est donné par la réplique du pro-

fesseur Virchow. Le « grand savant » allemand s'est plu à conspuer Hahnemann et l'Organon d'une indigne façon. Il se permet d'affirmer *ex cathedra* que l'Homœopathie n'est pas une méthode, que l'Organon est la négation de toute méthode !

Où donc y a-t-il de la méthode, si ce n'est dans l'étude de notre matière médicale ? Serait-ce peut être dans la thérapeutique allopathique, que M. Virchow voit de la méthode ? Serait-ce dans l'anarchie qui « sert de base » aux procédés curatifs des allopathes ?

Faisons seulement remarquer, en passant, que dans le fameux « Archiv » de Virchow, une seule fois on trouve une étude *méthodique* de l'action des médicaments, c'est lorsque (vol. 109, année 1887, page 21) le Dr Schulz a étudié l'action du quinquina sur l'homme sain : méthode empruntée aux procédés des homœopathes, méthode préconisée par Hahnemann dans cet Organon dont M. Virchow a osé médire.

Il avoue qu'il ne comprend rien aux écrits de Hahnemann. Qu'il s'applique donc à lui-même ce mot sensationnel qu'il a eu la grossièreté de lancer en plein auditoire parlementaire : « *Wenn die Lente einmal dumm sind, so ist* ihnen nicht zu helfen. — Quand les gens sont trop bêtes, il n'y a qu'à tirer l'échelle ».

(*Journal belge d'homœopathie.*)

---

RAPPORT ANNUEL DE L'HÔPITAL SAINT-LUC

*Desservi par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul*

Lyon, Quai Claude-Bernard.

Le nombre des malades traités du 1er janvier au 31 décembre 1896 s'est élevé à 198, savoir :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hommes. . . . . | 74 | 198 | |
| Femmes. . . . . | 124 | | |
| Nombre de journées de malades passées à la Maison. . . . . . . . . . | | | 5.409 |
| Moyenne de séjour des malades. . . | | | 27 jours. |
| Nombre de malades guéris. . . . . . | | | 97 |
| — très améliorés. . | | | 48 |
| — stationnaires . . | | | 14 |
| — décédés. . . . . | | | 18 |
| — en traitement au 31 déc. 1896. | | | 21 |
| | | | 198 |

18 décès ont eu lieu pendant le cours de cette année, savoir :

| | | |
|---|---|---|
| 1 | par suite d'anémie pernicieuse. | |
| 2 | — | cancer de l'estomac. |
| 1 | — | cancer du sein. |
| 1 | — | gâtisme. |
| 6 | — | phtisie. |
| 5 | — | lésions cardiaques. |
| 2 | — | cirrhose du foie. |
| 18 | — | |

Le nombre des consultations s'est élevé à 20.727. Ce chiffre, supérieur à celui de l'an dernier, porte à 341.158 le nombre des consultations données depuis l'ouverture de l'Hôpital. Le nombre moyen des consultations, par jour, défalcation faite des jours fériés, est approximativement de 67.

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

# L'ART MÉDICAL

## OCTOBRE 1897

## RÉVISION DE LA MATIÈRE MÉDICALE

### Rhus toxicodendron

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques*).

Le Rhus toxicodendron appartient à la famille des thérébinthacées. Cette plante, originaire de l'Amérique du Nord, est cultivée en France dans les jardins. Les rhus ou sumac constituent un genre de plantes qui renferment un grand nombre d'espèces. Toutes contiennent un sucre épais qui, dans le *rhus vernix*, sert à la fabrication de la laque de Chine.

Deux espèces de rhus sont employées par les médecins homœopathes, le *rhus toxicodendron*, qui porte le nom de *rhus radicans* quand il est encore jeune, et le *rhus vernix* (1). Le premier seul a été étudié par Hahnemann et

(1) M. Peuvrier, dans une étude sur les *Rhus*, communiquée à la Société homœopathique de France, soutient l'opinion que le rhus radicans est au point de vue botanique différent du rhus toxicodendron, quoique ces deux expèces soient extrêmement rapprochées.

Le rhus radicans à les tiges couchées, les feuilles entières et glabres tandis que le rhus toxicodendron a la tige redressée, les feuilles incisées et pubescentes en dessous.

Les propriétés thérapeutiques de ces deux espèces de rhus ont, quoiqu'on en ait dit, une grande analogie. Toutes les deux





les premiers homœopathes et c'est de lui que nous nous occuperons tout particulièrement dans cet article.

Le rhus vernix a été préconisé de nos jours dans le traitement de l'eczéma. C'est le Dr Crétin qui l'a fait connaître. Nous dirons quelques mots de cette plante à propos du traitement des dartres.

La matière médicale d'Hahnemann contient près de mille symptômes sur le rhus toxicodendron ; beaucoup de ces symptômes sont banals, et sans application pratique ; d'autres, au contraire, ont un caractère de constance qui leur donne une grande valeur. C'est en premier lieu l'action si remarquable de ce médicament sur l'*enveloppe cutanée*, c'est ensuite les symptômes de *parésie* avec fourmillement si souvent produits chez les expérimentateurs ; puis viennent les *douleurs* des muscles, des nerfs et des jointures qu'il produit si souvent, et avec ce caractère tout spécial que les douleurs s'accompagnent d'une sensation de froid et de fourmillement, qu'elles s'aggravent par le repos et diminuent par le mouvement ; enfin, nous exposerons les *symptômes fébriles* produits par le rhus sur l'homme sain. Nous étudierons à grands traits les quatre ordres de symptômes dont nous venons de parler ; nous en fixerons les indications cliniques, puis nous chercherons ensuite dans les nombreux symptômes réunis par les auteurs ceux qui sont réellement authentiques et sur lesquels on

---

exercent à distance les mêmes propriétés irritantes sur la peau, toutes les deux produisent des douleurs rhumatoïdes qui ont pour caractères de s'aggraver dans le repos, la nuit, au lit, et d'être soulagées par la continuation du mouvement ; et si certains auteurs préfèrent le rhus radicans dans le traitement de l'influenza beaucoup d'autres conseillent le rhus toxicodendron dans la même maladie.

puisse asseoir une indication thérapeutique. C'est naturellement dans la seconde partie de notre travail que nous étudierons la question de savoir si oui ou non, le rhus toxicodendron doit être prescrit dans la fièvre typhoïde.

I. *Symptomes produits par le* Rhus toxicodendron *sur la peau.*

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que dans certaines conditions de lumière ou d'obscurité et à une époque déterminée de l'année, il existe autour du rhus toxicodendron une atmosphère malfaisante qui s'étend jusqu'à 1 et 5 mètres de distance et produit une affection cutanée que nous décrirons dans un instant.

Quand le soleil est radieux, le temps sec, le rayonnement des effluves qui s'échappent de ce végétal est à peu près nul. La nuit au contraire, ou quand le temps est sombre et pluvieux, ce rayonnement reprend toute son énergie.

Le contact du rhus avec les mains, soit qu'il s'agisse d'en cueillir des branches, de tailler l'arbuste, ou de le toucher d'une manière quelconque, développe au plus haut point son action sur la peau.

Les caractères des éruptions produites par le rhus toxicodendron présentent de grandes analogies avec l'eczéma aigu et avec l'érysipèle bulbeux. Voici une description assez exacte due à Wickmann : Eruption très pénible, causant une vive ardeur et un violent prurit qui se manifeste surtout au scrotum, au prépuce et aux paupières. Elle consiste en petites vésicules jaunâtres confluentes par endroit ; quelques-unes sont isolées sur les bras et les lombes et grosses comme des lentilles. Plusieurs des plus grosses passent à la suppuration, s'accompagnent d'une

auréole, s'élargissent et durent au moins trois semaines, tandis que les petites ampoules confluentes se dessèchent plus vite et desquament en peu de jours. Cette éruption survint chez un homme de 40 ans qui, vingt-quatre heures auparavant, avait arraché un pied de *rhus* dans son jardin. (*Matière méd. de Hahnemann*, p. 511.)

La pathogénésie de Hahnemann contient plusieurs faits analogues; les caractères de l'éruption se résument dans la rougeur de la peau, le gonflement, la formation de vésicules ou d'ampoules qui suppurent, le prurit, la douleur brûlante.

Hartlaub et Trincks ont signalé des plaques d'urticaire très caractérisées.

Gubler parle surtout d'un gonflement considérable érisypélateux de la face.

La bibliothèque médicale (tome XXXVI, page 395) rapporte un cas mortel par suite du développement d'une violente inflammation aux parties sexuelles.

Les auteurs signalent, pour la plupart, des nausées, des vomissements et un mouvement fébrile accompagnant ces éruptions.

Remarquons que les éruptions du *sumac* n'ont pas lieu seulement dans la région qui a été en contact avec la plante, mais qu'elles se généralisent et envahissent les régions les plus éloignées, plus particulièrement le visage, le scrotum et les paupières.

Habituellement le résultat de l'absorption de l'atmosphère du rhus toxicodendron ou de son contact, a lieu au bout de peu d'heures et quelquefois après plusieurs jours.

Lavinie cite un fait où les phénomènes d'éruption ne se manifestèrent qu'au bout de vingt-cinq jours.

Cette incubation a le talent d'horripiler Gubler parce

qu'il ne la comprend pas. Il explique les faits où l'éruption se montre après trois ou quatre jours par la répétition de la cause. Or, il est dit positivement dans la plupart des observations que les sujets ne s'étaient exposés qu'une seule fois à l'action du *toxicodendron*. Quant à l'observation de Lavinie, Gubler l'explique par une attaque spontanée d'eczéma rubrum. Or, voici l'observation de Lavinie qui relate des symptômes absolument étrangers à l'eczéma. « Après vingt-cinq jours, forte ardeur dans la bouche et le larynx, avec enflure rapide de la joue gauche, de la lèvre supérieure et des paupières ; la nuit suivante, fort gonflement des avant-bras, la peau était comme du cuir et il survint un prurit insupportable, avec très forte chaleur ; au bout de quatre jours, pustules sur les mains et les avant-bras qui crevèrent et rendirent un liquide clair » (page 509).

La première partie de cette observation donne la marche d'un érisypèle, la seconde, celle d'un eczéma aigu, mais la marche des symptômes comme leur association ne se rapporte à aucune maladie connue, tandis qu'elle présente le tableau des accidents dus habituellement au toxicodendron.

*Des indications du rhus dans le traitement des affections cutanées.* — Ici la médecine traditionnelle a comme presque toujours devancé ou répété Hahnemann. Ainsi c'est d'abord dans les ouvrages des médecins allopathes que nous allons trouver les indications du rhus dans le traitement des dartres.

C'est du Fresnoy, médecin militaire à Valenciennes, qui, en 1788, publia sur le rhus toxicodendron une brochure où il annonça les propriétés de ce végétal contre les

dartres (1). Du Fresnoy n'avait pas été guidé par l'idée homœopathique qui, du reste, était tout à fait étrangère à son esprit, mais par le fait d'un jardinier guéri d'une dartre chronique siégeant au poignet après une éruption violente causée par le contact du rhus. Delille-Flayac conseille le rhus radicans contre toutes les maladies de la peau.

Giacomini répète du Fresnoy et cite Fage et Lafont-Gouzy comme ayant appliqué le sumac au traitement des dartres.

Cazin cite les faits de du Fresnoy et les explique par l'action substitutive. Hahn dans le Dictionnaire encyclopédique, explique comme Cazin les succès de du Fresnoy; et ce serait en substituant un état aigu à l'état chronique qu'on arriverait à la guérison. Gubler ne semble pas bien au courant, car dans ses commentaires sur le Codex, il dit que ce sont les homœopathes qui emploient le sumac dans le traitement des affections de la peau.

Il est bien vrai que les très pauvres renseignements fournis par du Fresnoy sur les propriétés thérapeutiques du sumac dans les affections cutanées ne comptent guère auprès des nombreux travaux cliniques des élèves de Hahnemann sur le même sujet. C'est en s'appuyant sur les symptômes produits par le rhus sur l'homme sain qu'ils ont conseillé ce médicament contre toutes les affections cutanées caractérisées par la rougeur, le gonflement, le prurit, la douleur brûlante et l'éruption de vésicules et de bulles, soit disséminées soit confluentes.

C'est par ces raisons que Hartmann conseille le rhus

---

(1) Cette brochure contient sept observations de dartres guéries.

dans l'eczéma et l'impétigo et qu'il en fait le médicament principal de l'érysipèle de la face accompagné de vésicules et de bulles. Il considère ce médicament comme suffisant contre la maladie tout entière même quand elle s'accompagne de symptômes cérébraux.

Teste indique le rhus dans l'*érysipèle*, l'*eczéma*, le *zona* et le *pemphigus* Il ajoute que c'est un médicament précieux dans le traitement de la *brûlure superficielle* et du *coup de soleil*.

Dans notre traité de matière médicale, nous répétons les mêmes conseils en y ajoutant l'*urticaire* et les *verrues à large base* qui se développent sur les mains.

La littérature homœopathique contient un certain nombre de guérisons de cette dernière affection.

Le Dr Crétin employait de préférence au rhus toxicodendron le *rhus vernix* dans le traitement de l'eczéma aigu avec suintement abondant. Il prescrivait XX gouttes par jour de la teinture mère de ce médicament. Nous avons plusieurs fois vérifié l'exactitude des indications données par le Dr Crétin dans ces circonstances. Nous ferons remarquer seulement que nous avons obtenu de bons résultats avec des doses beaucoup moindres.

Richard Hugues conseille la sixième dilution dans les affections cutanées aiguës excepté pour l'érysipèle où il prescrit de la première à la troisième décimale.

Il donne la préférence à ces mêmes doses pour les affections cutanées chroniques.

II. *Douleurs produites par le rhus toxicodendron sur l'homme sain*. — Ces douleurs siègent le plus souvent sur les jointures, mais elles peuvent aussi affecter les tendons, les muscles et les nerfs.

Hahnemann attribue à ces douleurs un caractère absolument distinctif et qui a été reconnu par tous les expérimentateurs.

Les douleurs du rhus acquièrent leur summum d'intensité dans le repos et principalement la nuit au lit. Elles s'accompagnent souvent d'une sensation de fourmillement et quelquefois d'un sentiment de froid. Ces douleurs s'aggravent quelquefois tout à fait au commencement du mouvement mais elles se dissipent par le mouvement prolongé. Hahnemann a fait ressortir avec raison les différences qui existent entre les douleurs de la *Bryone* et celles de *Rhus*. Au contraire de celles du Rhus, les douleurs de la Bryone s'apaisent et disparaissent par un repos complet. Le mouvement les aggrave toujours et cette aggravation va en augmentant à mesure que le mouvement se prolonge.

Je crois utile de signaler ici l'*eupatorium perfoliatum* qui, comme la Bryone et le Rhus, présente des douleurs dans les membres. Ces douleurs ont pour caractère comme celles du Rhus de s'aggraver par le repos et de pousser le malade à changer incessamment de position; mais si les douleurs du rhus sont soulagées par le mouvement, celles de l'eupatorium ne sont nullement soulagées, en sorte que les douleurs de ce médicament s'accompagnent d'une grande agitation et de changement fréquent de position.

*Douleurs articulaires.* — Les douleurs peuvent siéger dans les grandes et dans les petites jointures. Le plus souvent ce sont des élancements. Cependant Hahnemann note fréquemment des douleurs brûlantes, fouillantes, de contusion. Un caractère moins banal est une sensation

de raideur et de fourmillement paralytique. L'absence de gonflement est notée par Richard Hughes. La pathogénésie de Hahnemann ne contient pas non plus de gonflement excepté dans les cas où il existe concurremment une inflammation cutanée avec éruption.

*Application thérapeutique.* — Le rhus toxicodendron sera prescrit dans les cas de rhumatisme articulaire aigu mais principalement dans la goutte quand cette maladie détermine des myalgies, des névralgies ou des arthrites. Dans tous ces cas, il faudra surtout avoir bien plus égard au caractère de la douleur qu'à son siège. La sensation de froid et d'engourdissement, l'aggravation par le repos au lit et tous les autres symptômes bien connus qu'il est inutile de répéter.

III. *Symptômes paralytiques et application thérapeutique.* — La pathogénésie de Hahnemann contient de nombreux symptômes d'affaiblissement notable des mouvements, principalement dans les membres inférieurs, particulièrement aux paragraphes 710,728, et surtout 795 : « Paralysie pendant trois jours; des membres inférieurs; il ne marchait qu'avec de grands efforts en se traînant et lentement après s'être humecté les doigts d'une forte teinture de Rhus » (Stapff).

Nous citerons encore le paragraphe 796 : « Pendant et après la promenade il a tous les membres raides et paralysés, il a comme un poids de 100 livres sur la nuque (Francky) ».

C'est encore du Fresnoy qui a prescrit le premier le rhus contre la paralysie et il a rapporté un certain nombre de guérisons dans la brochure déjà citée. Un grand nombre de médecins ont suivi cette indication. Nous

croyons inutile de répéter leurs noms. De notre temps, Bretonneau assure avoir retiré de bons résultats du rhus radicans dans les paraplégies consécutives à des commotions traumatiques. Milon publie dans le journal de médecine et de chirurgie de Toulouse (année 1862) de nombreux cas de paralysie guéris par le rhus.

Giacomini rapporte les faits de du Fresnoy et cite un grand nombre d'auteurs qui ont eu à se louer du sumac dans la paralysie.

Pereira conseille lui aussi le rhus contre la paralysie.

C'est surtout dans la paraplégie avec froid, fourmillement et contracture dans les parties paralysées que Rhus a produit de bons effets. Il a néanmoins été employé dans l'hémiplégie succédant à une attaque d'apoplexie et du Fresnoy a rapporté un cas favorable de cette paralysie.

IV. *Des indications du rhus toxicodendron dans les fièvres.* — Depuis de longues années, j'ai abandonné l'usage du rhus dans la fièvre typhoïde. Ai-je eu tort ou raison, c'est ce que je me propose d'examiner.

Hahnemann fait précéder l'histoire du *rhus toxicodendron* de réflexions générales au milieu desquelles nous relevons la suivante :

Après avoir comparé l'action du Rhus et de la Bryone, avoir montré en quel point il différait et en quel point aussi il se ressemblait, il ajoute : « Aussi, d'après les symptômes de ces deux médicaments antagonistes, pourrait-on apprécier comment chacun d'eux a pu, selon les cas, être le meilleur de tous les moyens homœopathiques durant le cours de la cruelle épidémie de typhus qui, dans l'été de 1813, ravagea les contrées où la guerre avait plus

particulièrement établi son théâtre. » (*Matière médicale*, page 468).

De son côté, Hartmann, dont le bon sens pratique est apprécié de tous, place le rhus au premier rang des moyens indiqués contre les espèces de typhus qui ont un caractère nerveux. (Hartmann, tome I, p. 239.)

Un peu plus loin il ajoute : Rhus est un des principaux moyens au début, comme pendant l'état de la maladie, dans une *fièvre nerveuse versatile* comme aussi dans une *fièvre nerveuse stupide*. Or, dans le langage d'Hartmann, ces deux variétés de fièvre nerveuse correspondent aux formes malignes et putrides de la fièvre typhoïde.

Ces deux passages ne laissent subsister aucun doute sur l'opinion des premiers médecins homœopathes pour l'emploi de rhus dans la fièvre typhoïde.

Recherchons dans la pathogénésie quels sont les symptômes qui peuvent justifier cette indication.

Du paragraphe 885 au paragraphe 942 la matière médicale de Hahnemann comprend de nombreux symptômes fébriles. Cherchons à en déterminer le caractère.

Les trois stades de la fièvre, le froid, la chaleur et la sueur, sont produits par le rhus.

*Le froid* produit par le rhus est tantôt un véritable frisson, tantôt un sentiment de froid. L'air froid extérieur est très désagréable et augmente le frisson. Habituellement, le froid existe sans soif ; il s'accompagne de pandiculations. Quelquefois, comme dans l'aconit, on observe le froid avec la pâleur des mains, la chaleur et la rougeur du visage.

*La chaleur*, qui succède au froid, s'accompagne souvent de diarrhée avec ténesme et coliques. Dans d'autres cas, elle s'accompagne de toux.

*La sueur* est douce, halictueuse, par tout le corps, excepté à la tête, mais non dans tous les cas.

Un seul observateur, Fontana, a noté la fréquence du pouls.

L'ensemble des symptômes fébriles produits par le rhus toxicodendron présente plutôt l'image d'accès de fièvre palustre, et plusieurs auteurs en ont fait la remarque.

Richard Hughes dit que la fièvre n'est pas constante, mais quand elle existe, elle revêt le caractère typhoïde avec délire, lèvres et langue sèches et brunes ; transpiration abondante. Seulement cet auteur n'indique pas à quelle source il a puisé ces renseignements.

Les autres auteurs de matière médicale ne parlent guère du mouvement fébrile produit par le rhus qu'à propos des éruptions produites par cette plante. « Il en résulte ordinairement, disent Mérat et De Lens, de la fièvre, du malaise, de l'oppression, etc., qui durent plusieurs jours » (page 79).

La plupart des médecins qui ont écrit sur le *sumac* se sont bornés à copier Merat et De Lens. Dans Giacomini, nous trouvons ce renseignement sans précision : « Plusieurs auteurs indiquent parmi les effets du rhus quelquefois l'accélération du pouls, la fièvre, des douleurs de ventre, la toux, etc. » (Giacomini, page 564.)

En résumé, si nous exceptons les documents renfermés dans la matière médicale de Hahnemann, nous trouvons que le rhus n'a produit que très exceptionnellement quelques symptômes fébriles et que, d'autre part, les faits contenus dans la matière médicale de Hahnemann se rapportent principalement aux fièvres intermittentes.

Quels renseignements trouverons-nous dans la clinique?

Si j'ai renoncé au rhus dans le traitement de la fièvre typhoïde, c'est parce que je n'en ai rien obtenu. Mais, je trouve moi-même cette raison fort insuffisante. Aussi, me suis-je imposé la tâche de relire toutes les observations de typhus contenus dans la clinique de Beauvais de Saint-Gratien.

Je remarque d'abord que le rhus a été rarement prescrit; que quand il l'a été, on l'a presque aussitôt remplacé par un autre médicament; que je n'ai pu recueillir aucune preuve de l'efficacité du rhus dans le traitement de la fièvre typhoïde, tandis que ces mêmes observations contiennent la démonstration clinique de l'action favorable de la *Jusquiame*, de la *Belladone*, de la *Bryone*, du *Phosphore*, et surtout de l'*Arsenic*.

Je me crois donc autorisé à conclure de tout ce qui précède, que l'emploi du rhus dans la fièvre typhoïde, en dehors de quelques indications bien spéciales, n'est qu'une illusion.

V. *Du rhus toxicodendron dans l'ophtalmie scrofuleuse.* — Les traducteurs de Giacomini rapportent que Lichtenfels aurait traité avec succès, au moyen du rhus toxicodendron, des ophtalmies herpétiques et scrofuleuses qui avaient résisté à une foule d'autres remèdes. Hammon et Granner ont reconnu, par des expériences nombreuses, que la teinture de rhus toxic., à doses de IV à X gouttes par jour, était un remède réellement utile contre cette espèce de maladie.

Hartmann ne parle du rhus qu'à propos de l'ophtalmie goutteuse.

Jahr dit que le rhus est indiqué après Bryone, s'il y a cuisson, brûlement et élancement, larmoiement abondant,

agglutination nocturne, et gonflement érysipélateux des paupières avec photophobie.

Richard Hughes indique le rhus dans le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse quand cette affection s'accompagne d'eczéma, d'impétigo, et surtout d'œdème des paupières.

Il indique encore le même médicament dans l'iritis et le phlegmon de l'œil.

Richard Hughes conseille d'employer les doses massives dans ce cas.

La pathogénésie de Hahnemann contient plusieurs symptômes qui se rapportent à l'ophtalmie. L'inflammation avec gonflement des paupières, l'agglutination des paupières par du mucus purulent, le larmoiement, la rougeur de la sclérotique, les douleurs pressives ou sécantes, le prurit, sont des symptômes communs à presque toutes les ophtalmies. Je crois donc qu'il ne faudra prescrire le rhus toxicodendron que dans le cas où l'inflammation de la conjonctive s'accompagne de gonflement considérable des paupières, de rougeur érysipélateuse, et surtout de vésicules d'eczéma ou de pustules d'impétigo. Autrement, on fera bien de s'en tenir aux deux médicaments classiques, *Ipeca* et *Apium Virus*.

Dr P. Jousset.

---

## PATHOLOGIE INTERNE

### De l'insuffisance des caractères morphologiques du bacille de la diphtérie pour le diagnostic et du rôle de ce bacille dans la pathogénie de cette maladie.

M. Spronck, professeur à l'université d'Utrecht, vient de publier dans la *Semaine médicale* (n° 45) un travail dont il tire deux conclusions : la première c'est que « l'examen microscopique et macroscopique des colonies développées sur sérum ne permet pas de porter le diagnostic de diphtérie avec une certitude absolue ». La seconde c'est que « la diphtérie n'a pas pour origine les bacilles sans virulence, hôtes banaux que l'on rencontre dans beaucoup de bouches » mais des bacilles virulents, venus du dehors.

On le voit ce travail se divise naturellement en deux parties : partie *diagnostique*, partie *pathogénique*.

I. — *Diagnostic bactériologique de la diphtérie.*

On enseigne généralement aujourd'hui que toute *angine blanche* présentant le bacille de Lœffler, que ce bacille soit court, moyen ou long, est une *angine diphtéritique*, et comme conclusion thérapeutique que cette angine est justifiable du sérum de Roux.

On ajoute que les caractères bactériologiques sont insuffisants pour distinguer les formes graves des formes bénignes de la diphtérie.

On a bien essayé de tirer de la longueur du bacille de Lœffler, ou de son association avec le streptocoque ou le

staphylocoque des signes pronostics, mais on peut dire que la majorité des cliniciens accordent beaucoup plus de confiance aux symptômes généraux présentés par le malade qu'aux signes microscopiques. La réserve, apportée par M. Spronck à la valeur diagnostique du bacille de Lœffler, vient donc encore diminuer l'importance de la bactériologie au profit de la clinique; si, comme le dit le professeur d'Utrecht, l'inoculation sur le cobaye préalablement immunisé peut seule donner une certitude absolue, il faut au moins, dans la pratique, renoncer à tirer quelque utilité pour le diagnostic de la constatation du bacille de Lœffler. Disons tout de suite que les conclusions sont exagérées.

Remarquons que la publication faite ces jours derniers dans la *Semaine médicale* n'est point une nouveauté. Lœffler le premier, en 1887, avait signalé sous le nom de *bacille pseudo-diphtéritique* un bacille semblable comme *forme* et comme *culture* au vrai bacille diphthéritique et en différant par une absence complète de virulence. Le *Manuel* de *Macé* contient sur ce point les renseignements les plus complets, et il conclut déjà, comme Spronck, que la recherche de la virulence du bacille par inoculation devient nécessaire à la certitude absolue du diagnostic.

On s'est donc préoccupé de rechercher les caractères distinctifs entre les bacilles de Lœffler virulents et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers sont généralement courts, et disposés parallèlement; ils se colorent plus fortement que les bacilles virulents, se développent plus abondamment sur la gélose mais *surtout n'acidifient jamais le bouillon* et se développent bien à 20 et 22°; tandis que le bacille virulent acidifie le bouillon au bout de quelques jours, il pousse à 18 et 20°, mais il a besoin de 35° pour prospérer.

Quelle conclusion tirerons-nous de ces faits pour le diagnostic? Evidemment nous ne pouvons plus dire avec Macé : « La constatation du bacille de Lœffler peut seule donner la certitude de la diphthérie ». (Édition 1897, p. 619), puisqu'un bacille absolument semblable au bacille de Lœffler peut être un simple saprophyte existant très souvent chez l'homme sain,

D'un autre côté, s'il faut attendre quelques jours pour constater que le bacille acidifie le bouillon ou encore avoir recours à l'inoculation sur des cobayes immunisés avant d'avoir un diagnostic certain, il faut renoncer à la bactériologie dans la pratique, surtout si on se rappelle que le sérum de Roux doit être administré le plus près possible du début.

Nous croyons que dans une question d'une importance aussi considérable il faut bien se garder d'une conclusion absolue : la rigueur des déductions doit être réservée pour le laboratoire et la clinique doit utiliser les connaissances bactériologiques, même encore incomplètes, en les controlant par la séméiotique ordinaire.

Deux cas peuvent se présenter, la diphthérie est grave ou elle est bénigne.

Dans la *diphtérie grave*, on rencontre *habituellement* des bacilles longs, nombreux, enchevêtrés, feutrés, avec ou sans streptocoque, mais toujours le mouvement fébrile est intense au voisinage de 40° ; la prostration est incontestable; la face pâle, l'anoréxie complète, le gonflement ganglionnaire prononcé; quelquefois il existe du jetage et de la diarrhée. Ici il n'y a aucun doute; le diagnostic est assuré, le pronostic grave, et la thérapeutique ne doit pas connaître d'hésitation.

Dans la *dipthérie bénigne*, le diagnostic est plus difficile

Mais ajoutons que, sauf le cas de croup, le pronostic n'est pas grave. Chez ces malades les symptômes généraux sont peu intenses. L'examen bactériologique présente des bacilles courts ou moyens. quelquefois longs, moins nombreux, moins enchevêtrés, associés à des coccis nombreux (Coccis Brisou); quelle doit être la conduite du médecin dans ces cas? elle ne doit pas dépendre des résultats fournis par des travaux du laboratoire qui demandent plusieurs jours; attendre dans ces cas serait absurde.

Si ces cas bénins se montrent au cours d'une épidémie de diphtéries, il n'y a pas d'hésitation : ce sont bien des cas de diphtérie, et le médecin doit régler son traitement et ses précautions hygiéniques sur cette base.

Si la diphthérie bénigue se complique de croup, l'hésitation serait encore absurde; le médecin doit intervenir immédiatement, sous peine de laisser l'état s'aggraver et de compromettre la vie du malade.

S'il n'y a aucune complication nous croyons encore que, jusqu'à preuve du contraire, il faudra considérer ces cas bénins comme de vraies diphthéries et se rappeler surtout qu'ici, comme pour toutes les maladies contagieuses, la diphthérie bénigne peut communiquer une diphthérie maligne : l'isolement s'impose donc même dans ces cas bénins.

Je crois que tous les cliniciens accepteront ces conclusions.

II. *Question pathogénique, et d'abord quelle est la nature de ce bacille de Lœffler non virulent?*

Lœffler, Zarniko, Escherisch et Spronck, dans l'article que nous analysons, considèrent ces bacilles sans virulence comme une espèce différente du bacille vrai de Lœffler.

Roux et Yersin au contraire regardent ce bacille sans virulence comme un bacille diphthéritique dégénéré.

L'argument donné par Spronck pour soutenir la différence d'espèces des deux microbes est celui-ci : le bacille pseudo-diphthéritique non virulent n'est pas influencé par le sérum de Roux. Ainsi si on inocule une culture de ce pseudo-bacille à un cobaye neuf et à un cobaye immunisé avec le sérum antidiphthéritique, dans les deux cas il se produira un œdème au point d'inoculation. Spronck ajoute que l'œdème sera même plus prononcé chez le cobaye immunisé. Le sérum de Roux n'ayant aucune action sur le pseudo-bacille, ce pseudo-bacille diffère radicalement du bacille de Lœffler, il n'est pas de même nature.

L'argument est spécieux, mais ne nous semble pas inattaquable. Le bacille de Lœffler non virulent est un saprophyte, il ne produit pas de toxine diphthéritique. Il n'est donc pas étonnant qu'une substance dont la propriété spéciale est d'agir sur la toxine diphthéritique n'ait aucune action sur lui.

L'histoire générale des microbes est de son côté absolument favorable à l'opinion qui ne fait pas de la virulence un caractère distinctif entre deux microbes présentant absolument les mêmes caractères morphologiques.

Le *coli-bacille* si abondant dans l'intestin est absolument inoffensif tant que l'organe est sain. Mais si une maladie survient, le coli-bacille acquiert une virulence considérable et devient pathogène. Cependant c'est toujours le même microbe. Pourquoi en serait-il autrement du bacille de Lœffler? Et le *pneumocoque* si habituel et si inoffensif dans la bouche, n'est-il pas le même microbe que celui si virulent de la pneumonie? L'état virulent ou non virulent d'un grand nombre de microbes est incon-

testable. Ils passent d'un état à l'autre sous des influences encore mal connues; mais il ne constituent pas des espèces différentes; et le même microbe est aujourd'hui saprophyte et demain pathogène.

Au fond de tous les systèmes existe toujours une raison doctrinale; ici, l'idée qui domine et dirige le travail de Spronck, c'est la croyance à l'origine externe de la diphthérie. « Pour produire la maladie, il faut un microbe virulent, et celui-ci provient toujours d'un autre également virulent » (1354). Spronck ajoute : « En détruisant l'idée que la diphthérie peut avoir pour origine les bacilles banaux de la bouche, nous chercherons et nous trouverons la *source de l'infection à l'extérieur*, et nous arriverons enfin à empêcher la propagation du virus » (id.). Voilà le grand mot : *trouver la source de l'infection à l'extérieur*. Mais ce grand désir de faire de la diphthérie une maladie de cause externe n'a rien à voir avec la démonstration de la nature du bacille désigné sous le nom de pseudo-diphthéritique et que j'appelle bacille de Lœffler non virulent.

Pourquoi l'esprit humain et en particulier l'esprit médical est-il toujours enclin à l'amour du système et subjugué par le charme des hypothèses? faudra-t-il éternellement le rappeler à l'esprit d'observation?

Quel est le fait? c'est qu'il existe chez l'homme sain, dans la gorge, dans le nez et sur les paupières, un bacille qui présente tous les caractères morphologiques du bacille de Lœffler; que ce bacille persiste habituellement dans cet habitat sans déterminer aucune maladie. Mais que certaines conditions étiologiques se produisent chez un *prédisposé*, aussitôt ce bacille, inoffensif jusqu'alors, va devenir virulent et servir d'*instrument* à la maladie dénommée diphthérie, et, le plus souvent, il sera un agent de transmission de la

maladie à tous les *prédisposés* qui approcheront le malade.

Le professeur Spronck objecte que ce mécanisme ne peut être accepté, parce qu'il n'est pas possible de donner la virulence à un microbe qui l'a perdue ou qui ne l'a jamais eue. C'est une pure affirmation pour les besoins de la cause. L'histoire générale des microbes montre les végétaux passant constamment de la virulence à la non virulence et réciproquement. Faut-il citer encore le *coli-bacille* saprophyte habituellement et devenant si virulent non seulement dans les affections de l'intestin, mais encore dans les affections de la gorge et des organes génito-urinaires; le *pneumocoque* hôte inoffensif de la bouche, devenant pathogène de la pneumonie, de l'otite, de l'angine, de la méningite; le *streptocoque*, cet agent si énergique de la suppuration et que l'on rencontre dans presque toutes les lésions inflammatoires et cependant il existe à l'état de saprophyte de la peau et sur les muqueuses? Ce microbe si actif ne perd-il pas sa virulence quelquefois dès sa première culture? Est-ce qu'il ne l'augmente pas considérablement par des inoculations successives?

Quand la maladie est terminée, les microbes redeviennent inoffensifs constituant de simples saprophytes. Pourquoi n'en serait-il pas de même du bacille de Lœffler?

Concluons : le diagnostic absolu de diphthérie ne peut être fait qu'après l'inoculation au cobaye. Mais dans la pratique on doit se contenter de l'examen bactériologique et de la culture sur sérum solidifié.

Pendant la convalescence des malades qui ont eu la diphthérie et qui présentent encore des bacilles de Lœffler dans la gorge, on devra s'assurer de la virulence ou de la non virulence de ces bacilles avant d'accorder la *libre pratique*.

C'est une *vue de l'esprit* et non un fait expérimental d'affirmer que les bacilles de Lœffler non virulents ne peuvent pas acquérir la virulence et devenir instrument de la diphthérie ; l'histoire générale des microbes démontre le contraire.

Dr P. Jousset.

---

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## LES TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

Les éléments du tissu conjonctif peuvent être le point de départ d'un grand nombre de tumeurs en apparence fort dissemblables au double point de vue anatomique et clinique.

Comme on pourra le voir plus loin, deux types extrêmes les résument : le fibrome et le sarcome. Ce sont les combinaisons variées des éléments de ces derniers auxquels peuvent s'adjoindre des éléments étrangers accessoires (myéloplaxes, etc...) qui constituent les tumeurs mixtes du tissu conjonctif.

Ce sont ces dernières que Lebert avait classé sous le nom de tumeurs fibro-plastiques; dans sa conception cette dénomination s'appliquait à des néoplasmes d'origine conjonctive, se distinguant cliniquement des sarcomes vrais par leur bénignité.

Ce dernier caractère est inconstant car un certain nombre de faits chirurgicaux attestent que les tumeurs fibro-plastiques sont des néoplasmes à pronostic variable. De plus les notions données par l'étude du développement

du tissu conjonctif nous montrent la non-indépendance de ce groupe.

On sait en effet que des éléments dits embryoplastiques (Ch. Robin) constituent la masse conjonctive fœtale : de ces éléments, les uns conservent chez l'adulte leur forme arrondie primitive, les autres deviennent fusiformes ou étoilés (corps fibroplastiques de Lebert).

De ces corps fibroplastiques naissent les fibrilles conjonctives par fibrillation soit de la périphérie du protoplasma cellulaire (Lebert, Robin, Schultze, Flemming), soit de la substance intercellulaire (Henle, Ranvier, Kœlliker, Tourneux). Comme le fait observer M. Retterer (1) la première hypothèse semble préférable : « Pour le tissu conjonctif comme pour tous les autres tissus, l'état cellulaire précède l'état fibrillaire ;... la fibre conjonctive est le produit d'un travail intra-cellulaire aboutissant à la formation d'un faisceau de fibrilles ».

Sous l'influence d'irritations sur la nature intime desquelles nous sommes encore loin d'être fixés, il pourra y avoir hyperactivité de la fibrillation, d'où sortira le fibrome ; si le processus irritatif aboutit à une multiplication des cellules arrondies ou des corps fibroplastiques, on aura suivant le cas le sarcome globo ou fuso-cellulaire.

Il nous faut maintenant rattacher à ces deux types schématiques les tumeurs mixtes conjonctives. Sous cette dénomination nous n'envisagerons pas les fibromes-myomes, les adénomes-sarcomes, etc...., nous limitant au groupe des tumeurs fibro-plastiques.

(1) *Les découvertes récentes relatives au développement du tissu conjonctif.* (*Journ. de l'Anat. et de la physiol.*, 1892).



Ces dernières constituent des masses arrondies et élastiques, unies, sans tendance à s'ulcérer; la coupe présente l'aspect rouge foncé du tissu musculaire, dont le râclage ne permet pas d'obtenir de suc. Le microscope montre qu'elles sont formées des fibrilles conjonctives avec vaisseaux, entremêlés d'éléments cellulaires fusiformes, auxquels peuvent s'adjoindre des éléments arrondis.

La majorité des éplis constituent des types du genre : le plus souvent alors on rencontre à titre accessoire des trainées osseuses ou des myéloplaxes disséminés dans le tissu précédent.

Un certain nombre de fibromes utérins présentent également cet aspect : on sait en effet que les fibromes jeunes sont principalement constitués par des cellules fusiformes, les vieux fibromes étant formés exclusivement de fibres conjonctives avec cellules conjonctives à noyau arrondi ou en bâtonnet dans leurs interstices : c'est donc à une époque intermédiaire que les deux aspects seront réunis. Rien d'étonnant à ce fait puisque les « fibres-cellules », comme Virchow appelait les éléments fusiformes précédents, ne sont (Rindfleisch) qu'un degré d'évolution du tissu conjonctif; aussi, dit Billroth, il faudra appeler ces sortes de fibromes non complètement développés, des fibromes-sarcomes (1).

C'est aussi l'opinion d'Hénocque (2): la tumeur fibroplastique de Lebert d'après lui c'est le sarcome fasciculé d'Abernetty; la tumeur embryoplastique, le sarcome

---

(1) Billroth : *Elém. de pathol. chirurg.* (Edit. française, 1874.)

(2) Hénocque : Dict. encyclopédique; Art. *Fibroplastique* et *Sarcome*.



encéphaloïde ; la tumeur myéloïde de Pajet, le sarcome à myéloplaxes ou à médullocèles.

Si l'on passe des considérations anatomiques sur le terrain clinique, on constate de même que, selon les cas, les tumeurs fibro-plastiques se comportent comme le fibrome ou comme le sarcome. Comme le fibrome, par ce fait qu'il n'est pas rare de voir ces tumeurs rester stationnaires ou encore ne pas récidiver après ablation ; comme le sarcome par l'ulcération, la récidive rapide et même la généralisation possibles bien que relativement rares.

Enfin, si l'on joint à ces considérations le fait possible de la transformation d'un fibrome en tumeur fibro-plastique (1), on peut conclure que les groupes des tumeurs fibro-plastiques n'existe pas, qu'il se confond avec celui des fibromes-sarcomes, dénomination bien préférable par ce fait qu'elle a le double avantage de faire pressentir la structure de ces tumeurs et aussi de rappeler le lieu qui unit entre eux le fibrome et le sarcome (2).

E. Lefas.

---

(1) Gœury : *Des tumeurs solides du bord alvéolaire* (H. Paris, 1880). — Consulter aussi : Désir de Fortunet : *Note sur quelques cas de tumeurs des gencives* (*Rev. de Chir.*, 1887).

(2) Pour MM. Paviot et Bérard (*Soc. des Sc. Médic. de Lyon*, 20 mai 1897) qui admettent la possibilité du cancer musculaire lisse, le terme sarcome n'est qu'une étiquette imprécise désignant des tumeurs plus ou moins caractérisées de tissus définis : ce sont les formes à cellules trop éloignées du type adulte et difficiles à caractériser que l'on a englobées dans les sarcomes.

---



# THÉRAPEUTIQUE

## TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE

Parmi les affections auriculaires, celle qui se présente peut-être le plus souvent au praticien est l'écoulement chronique des oreilles ou *otorrhée*; il n'y a peut-être pas aussi de maladie qui ait été plus injustement négligée que celle-là.

En dehors du préjugé populaire qui voit dans un bon écoulement d'oreille une garantie pour la santé de l'enfant, une sorte d'exutoire pour les humeurs peccantes, la négligence du médecin est souvent bien grande. Et cependant, sans compter la perte plus ou moins absolue de l'audition, à quelles dangereuses complications n'expose pas ce flux en apparence insignifiant !

Depuis quelques années surtout, l'attention s'étant portée sur ce point, nombreux sont les cas publiés, où des accidents méningés ou cérébraux ont emporté en quelques heures des sujets atteints d'otorrhée; et de grandes et dangereuses interventions chirurgicales n'ont que trop rarement réussi à sauver ceux que quelques soins intelligents donnés à temps auraient certainement préservés.

Au cours d'une grippe, d'une scarlatine, on se préoccupe, avec juste raison, des moindres caractères du pouls, de la température, des moindres phénomènes d'auscultation, etc. Mais qu'une otite vienne à se déclarer, elle sera traitée de la façon la plus cavalière, et sera mise sur le

même plan qu'un coryza ou une angine sans importance.

Je vais étudier dans ces quelques pages les soins locaux qui nécessite impérieusement l'otorrhée, puis la médication interne qui nous constitue une éclatante supériorité sur les méthodes des auristes allopathes.

a) *Soins locaux.* — Aussi importants que le traitement général, ils sont le plus souvent appliqués d'une façon défectueuse. On se croit quitte après avoir prescrit la banale irrigation d'eau boriquée, laquelle, pratiquée à tort et à travers, peut se montrer non seulement inutile mais dangereuse.

Qu'arrive-t-il en effet? C'est que, donnée sans les précautions nécessaires, avec des instruments et même une eau d'une propreté plus que douteuse, loin de nettoyer et d'aseptiser les parties avec lesquelles elle entre en contact, elle devient la source d'infections secondaires. En outre, et c'est là le reproche le plus sérieux, il arrive très fréquemment qu'elle ne vient pas baigner les régions malades et opère un simple nettoyage de l'entrée du conduit auditif, ceci en raison de la disposition anatomique de l'oreille, ou des obstacles que les altérations pathologiques opposent au courant d'eau.

Le traitement local peut se résumer en un mot : *propreté.* Mais pour assurer cette indispensable propreté, les difficultés se présentent multiples. Il suffit de se rappeler que les parties à atteindre sont situées au fond d'un conduit étroit, coudé, souvent obstrué ; qu'elles sont elles-mêmes infractueuses, contournées, formées d'un système de cavités communiquant plus ou moins librement entre

elles, et avoisinées par des organes importants qu'une main maladroite a tôt fait de blesser.

Le problème est donc loin d'être aisé à résoudre, et nécessite une technique minutieuse et exercée.

La propreté exige tout d'abord une évacuation facile des sécrétions pathologiques. En procédant méthodiquement, du dehors au dedans, le premier point à examiner est l'état du conduit auditif. Une sténose a pu s'y développer à la suite d'une cicatrice ou d'un processus inflammatoire hypertrophique. Il faudra essayer la dilatation avec des tampons d'ouate humide ou des drains de grosseurs graduées. Parfois l'engorgement cède à une simple irrigation portée au-delà du rétrécissement à l'aide d'une fine canule métallique.

S'il y a fusée purulente, décollement périostique, on se trouvera bien en général d'inciser jusqu'à l'os et de panser aseptiquement.

Un ou plusieurs polypes se présentent souvent à la lumière du canal dans les vieilles otorrhées ; si leur volume n'est pas trop considérable et permet l'écoulement des sécrétions ainsi que l'examen des parties profondes on pourra recourir au traitement médical, remèdes internes aidés par les bains d'alcool qui font rétracter la tumeur ; mais si la masse polypeuse fait tampon, il y a indication de l'extraire, de préférence à l'aide du serre-nœud.

La voie est libre jusqu'à l'entrée de la caisse, et l'on peut examiner le conduit dans toute son étendue. C'est parfois dans ses altérations seules que l'on trouvera la cause de l'otorrhée ; un examen méthodique démontrera l'intégrité du tympan et de l'oreille moyenne ; mais il faut être absolument fixé sur ce dernier point, car l'on pourrait s'endormir dans une sécurité trompeuse après le

diagnostic faux d'otite externe. Dans cette dernière affection, le traitement local se bornera le plus souvent à des lavages évacuateurs, avec de l'eau bouillie ou la solution physiologique de chlorure de sodium.

Mais, dans la plupart des cas, l'inflammation sera étendue aux parties profondes. Le tympan offrira à la vue une perforation plus ou moins étendue, sera même presque complètement détruit. A un examen superficiel, toute trace de perforation pourra échapper. Il faudra rechercher une petite élevure mamelonnée, parfois animée de battements (dans les suppurations récentes), où un Politzer fera sourdre une gouttelette de liquide. L'auscultation à l'aide de l'otoscope pendant que l'on administre une douche d'air de Politzer permet de déceler un bruit de sifflement caractéristique d'une perforation ; si l'on fait communiquer le tube otoscopique avec un vase plein d'eau, quelques bulles d'air s'y dégageront. Très souvent le tympan est rétracté, soudé au promontoire ; le pus est obligé de se frayer passage à travers un orifice étroit, tortueux, une véritable fistule tympanique. Comment, dans ce cas, le seringage du conduit pourrait-il venir déterger les parties malades ?

La moindre fongosité obstruant la fistule tympanique amènera la rétention du pus avec toutes ses conséquences si dangereuses. Il sera nécessaire que l'auriste intervienne chirurgicalement pour ouvrir une voie de dégagement convenable et éviter l'encombrement à la sortie.

Une fois l'accès de la caisse facilité, celle-ci montrera au spéculum une muqueuse altérée, granuleuse, fongueuse, des brides fibreuses circonscrivant ses logettes, toutes causes de stagnation du pus. Communiquant avec la caisse, existe tout un système de cavités anfractueuses :

j'ai nommé l'antre et les cellules mastoïdiennes, et il ne faut pas oublier que presque toujours ces parties sont envahies et entretiennent d'interminables suppurations alors que les parois de la caisse paraissent nettes.

Le système ramifié des cellules mastoïdiennes, la cavité de l'antre, le vestibule qui fait communiquer cette dernière cavité avec la caisse — l'aditus ad antrum — sont de véritables nids à suppuration, et la carie y exerce ses ravages tout aussi bien que sur les osselets ou les parois de l'attique.

Une otorrhée se présente donc comme un abcès ossifluent réclamant des soins locaux journaliers. Nous possédons une admirable médication interne qui nous permet d'atteindre le mal en ses plus profondes racines, et au défaut de laquelle l'allopathie est obligée de mettre en ligne sa formidable série des antiseptiques et modificateurs de muqueuses, formidable surtout pour le malade. Nous n'y aurons recours qu'en des cas exceptionnels. Mais quel est celui d'entre nous qui, ayant à traiter un abcès osseux avec son accompagnement ordinaire de fistules et de fongosités, laisserait de gaieté de cœur le pus stagner, les infections secondaires se produire, et cela par défaut des plus élémentaires précautions de propreté ? Et c'est là cependant le sort réservé au plus grand nombre des malheureux otorrhéiques aussi bien dans une école que dans l'autre.

De l'exposé qui précède, il résulte d'ores et déjà que les moyens d'assurer la propreté devront varier suivant les circonstances.

Dans les cas simples — otite externe, ou large perforation du tympan siégeant à la partie inférieure de cette membrane — le seringage du conduit sera suffisant. Il est

nécessaire de n'envoyer le jet de liquide tiède qu'avec une pression assez faible sous peine de provoquer des phénomènes vertigineux, et d'employer un embout dont le calibre soit assez réduit pour permettre un libre écoulement du liquide injecté le long des parois ; une précaution utile est le nettoyage des parties externes avant l'injection. La disposition courbée du conduit oblige à le redresser en tirant en haut et en arrière sur le pavillon.

Le lavage terminé, on asséchera soigneusement le fond de l'entonnoir avec un tampon d'ouate enroulé autour de l'extrémité boutonnée d'un stylet. Lermoyez recommande d'imbiber le tampon d'alcool saturé d'acide borique : on le fait flamber et on l'étend avant qu'il ne charbonne, ce qui aseptise l'ouate. On termine en bourrant d'ouate le conduit.

L'abondance des sécrétions réglera la fréquence des pansements ; deux par jour sont en général suffisants.

La perforation peut être de peu d'étendue, et surtout située vers la partie supérieure de la membrane. Si l'on ne peut pas pratiquer une ouverture artificielle, l'écoulement du pus pourra être assuré par des injections à l'aide d'une fine canule coudée — la canule d'Hartmann — qui pénètre à travers la perforation ; c'est une intervention qui ne peut être confiée à l'entourage du malade.

Il est une autre voie d'accès que je n'ai pas encore signalée, c'est la trompe d'Eustache : une sonde en gomme introduite dans le cathéter que l'on emploie pour la douche d'air, permettra de laver les parties difficilement accessibles, surtout l'*aditus ad antrum* et l'antre, dont l'orifice se trouve presque en face de celui de la trompe osseuse dans la caisse, mais sur un plan plus élevé. La partie supérieure de la caisse ou attique se laisse atteindre par cette voie

alors que des brides et des adhérences font refluer le liquide arrivant par le conduit. La tête du malade sera placée en position déclive.

Les enduits adhérents, cholestéatomateux, ne se laissent parfois pas entraîner par le courant d'air. Gellé s'est bien trouvé pour les détacher de l'*eau oxygénée* à 12 volumes ; un tampon en est imbibé et porté au contact des parties à déterger : dès que l'effervescence se produit, on retire la ouate qui ramène l'exsudat. Gellé recommande, pour éviter les vertiges et la douleur, de laisser une voie facile aux bulles de gaz oxygène qui se dégagent ; l'eau oxygénée peut être appliquée sous forme de bains.

Les *bains d'oreilles* se pratiquent de la façon suivante : le malade étant courbé sur l'oreille saine, le liquide est versé dans la conque et le conduit avec une cuiller chaude, sans oublier de soulever le lobule ; puis l'opérateur appuie sur le tragus, de manière à fermer le conduit avec la pulpe du doigt, tout en imprimant de légères secousses, ce qui fait pénétrer profondément le liquide.

Houghton recommande comme détergeant le glycérolé ou la trituration de *Carica papaya* (papaïne).

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'étudier les opérations dont la nécessité pourra s'imposer, comme le curettage des parois cariées et fongueuses, l'opération de Stacke, l'ablation des osselets, etc. Je laisserai également de côté ce qui a trait au rétablissement des fonctions auditives, toutes choses spécialement du domaine de l'auriste.

En dehors, des soins de simple propreté, il ne nous est pas interdit de chercher à modifier d'une façon plus directe les parties malades par l'*application locale des traitements* qu'on poursuit pour l'usage interne. Les tritura-

tions surtout sont d'un emploi très commode insufflées à l'aide d'un des nombreux lance-poudres en usage. Houghton (1) déclare avoir employé *alumen ustum*, *calcarea phosphor*, *acide salicylique*, *borax*, *acide borique*, *kali bichromicum*, *calendula*, *sanginari nitrata* et autres médicaments, à la première et à la deuxième trituration, avec d'excellents résultats.

Je rappellerai seulement que l'emploi des poudres demande à être surveillé : elles sont en effet aussi susceptibles de se concréter, de former des magmas durs, qui obstruent les voies et amènent la rétention des pus, ce qui nécessite des pansements fréquents faits par le médecin.

b) *Traitement général.* — *Les grandes diathèses* demandent à être recherchées avec soin, leurs rapports avec l'otorrhée sont indéniables. Une tare syphilitique, diabétique, goutteuse, scrofulo-tuberculeuse, décelée chez le patient, délimitera certains groupes médicamenteux sur lesquels le choix devra plus spécialement se porter ; c'est de là que ressortiront les indications des cures hydrominérales. *Les bains de mer* ont, en général, une action plutôt nuisible.

L'*allaitement* est une condition défavorable à la guérison de l'otorrhée ; une grossesse peut faire reparaître un écoulement en apparence guéri.

La fréquence de l'otorrhée chez les enfants pauvres, mal nourris, placés dans des conditions hygiéniques défectueuses, indique bien l'importance de ce dernier facteur.

Quant à la *sérothérapie*, je ne la cite que pour mémoire,

---

(1) *Lectures on Clinical Otology*, p. 47.

les essais auxquels on s'est livré sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse asseoir un jugement définitif.

Nos pathogénésies auraient besoin d'être reprises sous la surveillance des spécialistes, afin d'obtenir des symptômes objectifs plus précis des organes des sens. Mais, telles qu'elles sont, elles rendent néanmoins de précieux services, et la clinique est venue confirmer les propriétés de bon nombre de médicaments. Je vais vous les énumérer en insistant, comme de juste, sur leurs indications spéciales. L'excellent ouvrage d'Hougton (*Lectures on Clinical otology*) sera mon principal guide en cette matière.

*Argentum nitricum.* Très employé localement par les allopathes. Je ne sache pas que l'otorrhée soit au nombre de ses symptômes pathogénétiques, mais de son action générale sur les muqueuses (dans l'ophtalmie purulente, par exemple), il me semble résulter que son emploi devrait être avantageux, surtout dans les formes catarrhales de l'otorrhée (Pulsatilla), et s'il y a coïncidence avec les symptômes rhino-pharyngiens et nerveux de ce médicament. Argentum est signalé par Jousset pour la carie de l'oreille.

*Arsenicum.* Répond surtout à l'otite externe diffuse. Le méat se montre rouge, infiltré, baigné d'un fluide clair, aqueux. Les vésicules, les squames, sont un accompagnement ordinaire, ainsi que les sensations de brûlure et de démangeaison.

*Aurum.* A la suite d'une vieille otorrhée, la carie a envahi peu à peu l'oreille moyenne et ses dépendances, le pus a l'odeur fétide caractéristique de la nécrose : des trajets fistuleux s'ouvrent au dehors ; le groupe composé d'*Aurum*, *Fluori acid.*, *Nitri acid.*, *Silicea*, se présente

immédiatement à l'esprit. Les symptômes généraux fixeront le choix. Aurum a des douleurs continues et tiraillantes, pires la nuit, en se découvrant et au repos, améliorées par le mouvement, les lavages, sensibilité au froid et, cependant, soulagement à l'air libre. Tendance congestive, organisme sanguin. Sujets syphilitiques et mercurialisés, surtout dans les cas avancés, avec grande débilité, mélancolie. Syphilis chez les strumeux; vieillards corpulents.

*Belladona* constitue avec Ferrum phosphoricum, Gelsemium, Capsicum, un groupe à employer contre les complications inflammatoires aiguës.

*Bryonia*. Analogue de *Pulsatilla* pour les écoulements de nature catarrhale. Hughes cite, d'après Peters (Diseases of the brain), un cas dans lequel les symptômes méningitiques développés à la suite de la suppression d'une otorrhée par un refroidissement, cédèrent rapidement à Bryonia 2, en même temps que l'écoulement réapparaissait abondant.

*Calcarea carbonica*. — Son action sur la scrofulo-tuberculose en fait un médicament de premier ordre. Le pus est fétide ou plus ou moins visqueux. Perforation du tympan, granulations et polypes, qui, d'après Houghton, céderaient mieux à *Calc. iodata*. Douleurs lancinantes, pressantes, pulsatives, gonflement en avant de l'oreille gauche douloureux au toucher. Craquements, ensuite, dans l'oreille en avalant. Les muqueuses prennent une teinte rouge unie, sans vaisseaux dilatés apparents.

*Calcarea phosphorica*. Excellent remède intercurrent pour atteindre la constitution du sujet. Sensation de froid dans les oreilles. Écoulement excoriant.

*Capsicum*. Suppuration chronique, spécialement chez

les adultes. Gonflement derrière le pavillon, sur l'os temporal, douloureux au toucher ; le symptôme indique l'emploi de capsicum dans l'abcès mastoïdien, affection dont il a plus d'une fois arrêté le cours, évitant ainsi une opération. Son action se porte surtout sur l'inflammation des parties externes de l'apophyse, mais se fait sentir aussi jusque dans l'antre et les cellules mastoïdiennes. Douleurs aiguës, lancinantes, pressives, céphalalgie comme si le crâne allait éclater en bougeant la tête ou en marchant. Frissonnement et froid.

*Carbo vegetabilis et C. animalis.* Écoulement fétide. Cérumen manquant ou de mauvaise odeur, exfoliation de la couche dermoïde du méat. Mais Houghton signale que, dans la plupart des cas guéris, la lésion était externe au tympan.

*China.* Houghton le considère comme spécifique dans les écoulements sanguinolents, l'hémorrhagie de l'oreille, parfois si rebelles aux divers moyens employés. Il n'y a pas de granulation exubérante, mais une ulcération indolente avec hémorrhagie passive.

*Chininum muriaticum et sulfuricum.* A doses massives, la quinine donne de bons résultats dans l'inflammation aiguë de l'oreille. Chin. muriat. s'est montré sauveur dans des cas où la brusque suppression du pus faisait craindre les plus graves complications (*Bryonia*).

*Cicuta virosa.* D'après Teste « l'organe ou les organes entrepris à la suite d'une rétrocession psorique sont à peu près constamment celui ou ceux qui se trouvent le plus en rapport de voisinage ou de fonction avec les parties où siégeait l'exanthème (1) » ; aussi, ajoute-t-il, « la

(1) Teste. Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique, p. 176.

rétrocession des exanthèmes auxquels correspondent *Bovista, Æthusa cynapium et Cicuta* donnent lieu principalement à des *maladies cérébrales* parce que ces exanthèmes ont le plus habituellement leur siège *à la partie antérieure du cuir chevelu ou à la face.* »

Le bénéfice de cette observation pourrait être étendu aux suppurations de l'oreille; la pathogénésie indique en effet : écoulement purulent par l'oreille avec douleur d'abcès, affaiblissement de l'ouïe, hémorrhagies par les oreilles. Éruption brûlante apparente autour de l'oreille.

*Conium.* Otorrhée scrofuleuse, inflammation des cellules mastoïdiennes. Accumulation de cérumen mou, qui ressemble à du papier mâché mêlé de pus. Sensation de plénitude. Sensibilité au bruit. Induration des glandes.

*Cubeba.* Morgan a relaté le cas suivant (1) : Un écoulement séro-sanguinolent avait été « guéri » quelque temps auparavant par des applications de peroxyde d'hydrogène; l'otorrhée était accompagnée de perforation du tympan, avec granulations polypiformes; les symptômes disparaissent avec Cubeba suivi de Sacchar. lactis, sans traitement local.

*Etaps corallinus.* La sécrétion purulente tache le coton du pansement ou l'oreiller en *vert*; perforation tympanique. Coïncidence avec du catarrhe naso-pharyngien ; les muqueuses sont comme craquelées, recouvertes de croûtes, l'enfant dort la bouche ouverte, le médicament rend de grands services dans ces formes si rebelles.

*Fluoris acid.* Son action sur la carie osseuse le rend précieux ; l'écoulement est un liquide clair, excoriant. Il se

---

(1) Médical-Advance, 1895 (cité dans l'*Homœopathic annual*, du Dr Cartier, p. 254).

distingue de son analogue *Silicea* en ce que l'action du froid soulage, tandis que pour *Silicea*, le moindre courant d'air est intolérable, les malades s'enveloppent chaudement la tête. Son sel de chaux, *Calcarea fluorica* est d'un emploi fréquent.

*Graphites*. Otite externe. Écoulement gluant, visqueux ; mauvaise odeur des oreilles. Tympans recouverts d'un enduit blanc, mais non perforés. Eczéma derrière les oreilles.

*Hepar sulfuris* est au premier rang des remèdes de l'otorrhée. Les symptômes caractéristiques sont l'excessive sensibilité au contact et à l'air ; soulagement par les applications chaudes et en enveloppant la tête, aggravation la nuit. Dans le conduit il répond à l'ulcération indolente, corrodante, avec pus fétide et clair, ou, si le tympan est perforé, mélangé à du mucus. Démangeaison du méat, sensibilité douloureuse si l'on essaye d'y introduire le doigt ou le spéculum. Perforation tympanique. Surtout utile quand la densité est considérable, avec carie de la caisse après la scarlatine, écoulement purulent, fétide. Endolorissement sur de petites surfaces localisées autour de l'oreille.

Dans les basses dilutions, il favorise la libre sortie du pus ; à la 30e, au contraire, il arrête encore mieux que *Capsicum*, un abcès en formation dans l'apophyse mastoïde, ainsi que le démontre excellemment un cas du Dr van den Berghe dans le *Journal belge d'Homœopathie* (1895).

*Hydrastis canadensis*. Excellent dans les otorrhées chroniques où l'écoulement est filandreux, composé plus de mucus que de pus, surtout s'il y a coïncidence d'affection rhino-pharyngée, avec chute par les arrière-narines d'une sécrétion jaunâtre et catarrhale.

La perforation a moins de tendance qu'avec *Kali bichromicum* à s'entourer de granulations, il existe moins de craquelures et de croûtes sur les surfaces muqueuses.

*Kali bichromicum.* Les sels de potasse ont une action profonde sur les oreilles, l'écoulement de Kali bichromicum ressemble à celui d'*Hydrastis*, mais il est plus filandreux. Les tissus sont également plus irrités, croûteux, on dirait à les voir qu'ils sont changés en muqueuses. Douleurs pulsatives, nocturnes, élancements qui s'irradient vers la bouche ou le cou. Granulations.

*Kali iodatum.* Otorrhée syphilitique.

*Kali muriaticum* médicament très employé. Indique bien la dermatite chronique du canal, exfoliation humide, excessive de la couche épithéliale, ou ulcération au tiers interne du canal et sur la membrane tympanique, avec pus blanc et granulations. « Dans la suppuration chronique, il réduit les modifications, arrête les granulations, hâte la réparation, probablement par une action sur la membrane muqueuse (comparez *Silicea*), et augmente la résistance aux refroidissements » (Houghton). Round dit que les sécrétions sont d'ordinaire excessives.

*Kali phosphoricum.* De préférence indiqué lorsqu'il y a dépression générale du système nerveux, surtout chez les personnes âgées. L'ulcération tympanique est indolente, sans tendance à la cicatrisation, de mauvais aspect. Le pus qui s'en écoule est aqueux, sale, brunâtre : C. Deady insiste sur sa *fétidité* : les résultats de l'expérience clinique l'autorisent à placer ce médicament en tête de la liste de ceux qui sont utiles dans cette condition.

*Kali sulfuricum.* Il ressemble beaucoup à *Kali mur.* mais il s'en distingue par la coloration jaune brillant du pus, coloration qui est caractéristique de ce médicament.

*Lycopodium.* Sujets scrofuleux, porteurs d'éruptions humides vers les oreilles et la nuque. A travers le tympan, qui peut être presque complètement détruit et ne montre aucune tendance à se réparer, s'écoule un pus fétide, peu abondant, faisant facilement croûte si on ne lave pas fréquemment. — Polypes. Hypersensibilité de l'ouïe dans certains cas. Sensation comme si un sang chaud faisait irruption dans les oreilles. Utile après la scarlatine.

*Mercurius.* La sécrétion a une odeur cuivreuse, métallique. D'après Rounds, *Mercurius* ne déploie bien son action, dans les cas aigus, que si le pus est paresseux, avec battements de la caisse visibles par une petite ouverture du tympan, surtout si cette ouverture siège dans la membrane de Schrapnell; il ne l'a pas vu utile lorsqu'il y avait libre écoulement du pus. *Hepar sulfur.* s'en distingue par une plus grande sensibilité au contact et à l'air; autour de l'oreille, la douleur diffuse au toucher indique *Mercurius*, et si elle est nettement localisée, *Hepar.* — Aggravation nocturne, sueurs sans soulagement, etc. Syphilis.

Le D[r] Dudgeon a publié (1) un cas de polype dans lequel Mercurius fut le remède; le polype paraît avoir été de l'espèce « framboisée celluleuse » de Toynbee.

*Nitri acid.* — Chez un sujet syphilitique ou mercurialisé, la carie a envahi les osselets, les parois de la caisse, l'apophyse mastoïde donnant lieu à un écoulement fétide. Comme symptômes subjectifs, nous notons des douleurs lancinantes, de la sensibilité des os; aggravation par tout changement de température, et la nuit en se réveillant,

(1) *British Journal of Homeopathy*, XXI, 248.

en se levant d'un siège, par le toucher; amélioration en roulant en voiture.

*Psorinum*. Partage avec *Sulfur*. la suprématie dans les cas de psore accentués, surtout chez les enfants pauvres, mal nourris, vivant dans des taudis; l'oreille est comme écorchée, suintante; des pustules, de l'eczéma croûteux s'étendant sur le cuir chevelu, la nuque et vers les oreilles, sécrétant une humeur fétide. Démangeaisons intolérables. Otorrhée très fétide, purulente.

*Pulsatilla* entre en ligne, dans les formes catarrhales surtout, quand, à la suite d'une otite aiguë suppurée, l'écoulement persiste; la carie n'entre pas dans la sphère d'action. Jousset (*Eléments de médecine pratique*), l'indique,avec Sulfur comme le médicament de l'otorrhée sans carie.

Les symptômes généraux de Pulsatilla guideront vers le besoin de ce médicament. La sécrétion n'est pas irritante, muco-purulente, jaunâtre.

*Silicea*. Trouve sa place dans le traitement de presque toutes les otorrhées : pour peu que les tissus aient de la tendance à se cicatriser, Silicea favorise ce processus d'une façon merveilleuse. De son action sur le périoste en général, on peut conclure qu'elle travaille sur la couche moyenne du tympan.

Suppurations chroniques entretenues chez des sujets cachectiques par la carie et la nécrose; tympan perforé, pus peu abondant, jaunâtre, épais, tendant à former des croûtes. Ulcérations profondes du conduit. Bruit de sifflet dans l'oreille. On aime à avoir la tête couverte chaudement.

*Sulfur*. Médicament indispensable au cours du traitement, pour modifier le terrain. Otorrhée purulente fétide,

pire dans l'oreille gauche. Ulcérations à bords épais, avec pus clair, fétide, tendant à former des croûtes. Brûlures, démangeaisons ; sensation de tension ou de tiraillement dans le conduit, ou pulsations.

*Tellurium.* La besogne de l'auriste serait singulièrement facilitée s'il existait beaucoup d'expérimentation, comme celle du Dr Carrol Dunham avec cette substance, expérimentation au cours de laquelle se produisait une perforation du tympan avec écoulement de liquide.

Tellurium est utile lorsque sur le tympan existent de petites vésicules laissant échapper un liquide âcre, excoriant, à odeur de marée, et faisant éclore des vésicules sur toutes les parties avec lesquelles il entre en contact. L'inflammation peut-être plus profonde, il siège dans l'oreille moyenne avec perforation du tympan. Celui-ci fut trouvé, après l'expérimentation, cicatrisé et rétracté, mais non épaissi.

*Thuya.* Ecoulement doux, épais, ayant l'odeur de la viande pourrie. Il fait disparaître des granulations ressemblant à des condylomes dans le conduit et même, dans un cas cité par Hughes (1), un véritable polype.

*Viola odorata* : R. T. Cooper (2) rapporte le cas d'un enfant de dix-sept mois qui aurait été affecté d'othorrée à répétition depuis l'enfance ; avec *Viola odorata* l'oreille se mit à couler abondamment et une amélioration générale se produisait. Les bruits dans les deux oreilles, avec surdité, disparurent.

Répertoire des principaux symptômes mentionnés au cours de ce travail :

---

(1) *Monthly Hom. Review*, XXX.

(2) *Hahnemannian Montly*, 1895, cité dans l'*Homœopathic annual* du Dr Cartier, p. 259.

Otorrhée des scrofuleux : *Aurum*, *Calcarea*, *Conium*, *Hepar sulfuris*, *Lycopodium*, *Sulfur*, *Psorinum*.

Otorrhée des syphilitiques : *Aurum*, *Kali iodatum*. *Mercurius*, *Nitri acidum*.

Otorrhée catarrhale : *Bryonia*, *Carbo vegetabilis*, *Hydrastis*, *Kali bichromicum*, *Kali muriaticum*, *Graphites*, *Pulsatilla*.

Ecoulement fétide : *Aurum*, *Hepar*, *Nitri acidum*, *Psorinum*, *Sulfur*.

Odeur de viande pourie : *Thuya*.

Odeur de marée : *Tellurium*.

Odeur métallique cuivrée : *Mercurius*.

Ecoulement sanguin : *China*, *Cistus canadensis*.

Ecoulement filandreux : *Hydrastis*, *Kali bichromicum*.

Ecoulement clair : *Fluori acid.*, *Hepar.*, *Kali phosphoricum*, *Sulfur*.

Ecoulement muco-purulent : *Bryonia*, *Hepar*, *Hydrastis*, *Kali bichrom*.

Ecoulement formant des croûtes : *Hydrastis*, *Kali bichrom.*, *Lycopodium*, *Silicea*, *Sulfur*.

Carie : *Argentum*, *Aurum*, *Calcarea fluorica*, *Fluori acid.*, *Nitri acidum*, *Silicea*.

Polypes : *Calcarea iodata*, *Mercurius*, *Thuya*.

Ecoulement, tache le linge en vert : *Elaps Corallinus*.

Exfoliation du conduit auditif : *Carbo*, *Kali muriaticum*.

Endolorissement autour de l'oreille localisé par places : *Hepar*.

Endolorissement autour de l'oreille diffus : *Mercurius*.

Endolorissement autour de l'oreille avec gonflement sur l'apophyse mastoïde : *Capsicum*.

Endolorissement autour de l'oreille avec gonflement émanant de l'oreille gauche : *Calcarea*.

Rétention du pus : *Chininum muriaticum*, *Bryonia*, *Hepar*, *Mercurius*.

Accumulation de cérumen : *Conium*.

Sensibilité au froid : *Aurum*, *Hepar*, *Silicea*.

Sensibilité au contact : *Hepar*, *Mercurius*, *Silicea*.

(*Revue homœopathique française*.)

Dr D'ESPINEY.

---

# SÉROTHÉRAPIE

## UN NOUVEAU SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE.

En 1895, M. Marmorek publiait dans les Annales de l'Institut Pasteur un travail sur un sérum antistreptococcique qui porte son nom et qui fut essayé dans diverses maladies dues au streptocoque (érysipèle, fièvre puerpérale, phlegmons, etc.) avec des succès divers. En somme, le sérum de Marmorek n'a pas eu le succès du sérum de Roux et est laissé de côté par un grand nombre de médecins parce qu'il ne paraît pas avoir donné les résultats qu'on en attendait.

M. Denys, de Louvain, a fait au Congrès de Moscou une communication sur un sérum antistreptococcique paraissant avoir une plus grande valeur. Il reproche au sérum de Marmorek d'avoir eu pour point de départ un streptocoque provenant d'une membrane recueillie chez un malade atteint d'angine ; or la bouche renferme des streptocoques atténués, non pathogènes, « rien ne prouve que l'organisme de Marmorek soit un vrai streptocoque pathogène pour l'homme » (1). Il est vrai que l'auteur

(1) *Médecine moderne*, 8 septembre.

autrichien par des passages chez le lapin a donné à son microbe une virulence telle qu'un seul individu suffit pour tuer cet animal en 24 à 36 heures. Mais rien ne nous prouve que cette opération ait rendu le streptocoque plus apte à produire un sérum efficace pour l'homme. Un microbe peut devenir très virulent pour une espèce sans voir sa virulence croître dans la même mesure pour d'autres espèces.

Pour éviter ce reproche possible, M. Denys s'est servi d'un « streptocoque retiré à l'état de pureté d'un abcès d'un ganglion cervical ». C'est ainsi qu'il est arrivé à immuniser des chevaux, qui lui ont donné un sérum très puissant, qu'il emploie à très fortes doses dans les infections graves (100, 200 cc. et même plus).

Voici les résultats de son emploi, on a traité par ce sérum :

1° Les péritonites post-opératoires ;
2° Les érysipèles ;
3° Les phlegmons ;
4° Les angines ;
5° Les fièvres puerpérales ;
6° Les pyémies.

1° *Les péritonites post-opératoires.* — Quoique cette complication des laparotomies soit devenue très rare, il s'en présente de temps en temps encore quelques cas.

Cette infection est presque toujours rapidement mortelle. Par ce fait, elle constitue une pierre de touche de premier ordre pour l'efficacité de la sérothérapie.

15 cas ont été traités par notre sérum. Ils ont été observés soit dans les cliniques universitaires de Louvain, de Bruxelles et de Gand, soit dans les cliniques

privées de chirurgiens de mérite. Parmi ces cas, nous en avons pu poursuivre une demi-douzaine nous-même.

Le traitement a toujours été institué quand le diagnostic ne présentait plus aucun doute : douleurs étendues à tout le ventre ou à une grande partie, ballonnement, pouls à 100, 120 et même 140, hoquet, vomissements porracés. Généralement la fièvre était modérée.

Dans plusieurs cas, le traitement n'a été institué que 48 heures après l'apparition des premiers symptômes. Plusieurs fois la mort a été attendue dans les 24 heures. Deux fois les injections de sérum ont été combinées avec les injections sous-cutanés d'eau salée physiologique, mais les insuccès que cette méthode a donnés dans quelques cas où le sérum n'a pas été injecté ne nous permettent guère de lui attribuer l'issue favorable.

Sur ces 15 cas, 11 se terminèrent par la guérison. Celle-ci se produit quelquefois avec une rapidité extraordinaire, en ce sens que 12 heures après l'injection la plupart des symptômes ont disparu. Le plus souvent l'amélioration est telle que la malade peut être considérée comme sauvée après 24 ou 36 heures. Ce qui est remarquable, c'est l'amendement rapide de tous les symptômes dans presque tous les cas où la guérison a été obtenue.

Parmi les 4 cas où le sérum a été sans effet, 3 se sont présentés à Louvain. L'un remonte à nos premiers essais et nous pensons que les doses n'ont pas été assez fortes. Dans l'autre, la malade était à l'agonie quand le traitement a été institué. Le 3e cas a été traité dès l'apparition des premiers symptômes (fièvre légère, un vomissement, pouls à 110, ballonnement et douleurs étendues à presque tout le ventre). Malgré 200 cc. de sérum, admi-

nistrés dans le courant du jour, il ne s'est produit aucune amélioration et la malade est morte le surlendemain. L'autopsie révéla une péritonite à streptocoques et à staphylocoques, avec prédominance des premiers. L'insuccès est peut-être dû à l'infection mixte, mais, l'autopsie n'ayant pas révélé le moindre indice de phagocytose des streptocoques, nous nous demandons si l'échec ne dépend pas de la nature du streptocoque. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

Quoi qu'il en soit, le nombre des succès, 11 sur 15, dans une complication ordinairement fatale, et la rapidité avec laquelle se produit la guérison nous semblent établir à toute évidence l'efficacité du sérum dans les péritonites post-opératoires.

2° *Erysipèles.* — Nous devons distinguer les érysipèles aigus et les érysipèles chroniques et récidivants.

*a*) Erysipèles aigus.

Au commencement nous traitions ces érysipèles par une injection faite dans le flanc, le plus souvent à une grande distance du siège de la dermatite. Le sérum ne pouvait atteindre la région affectée que de seconde main, après s'être dilué dans le sang. Les résultats ont été beaucoup plus inconstants que dans la période post-opératoire. Quelquefois le processus s'est arrêté, d'autres fois, malgré la forte dose, 100 cc. de sérum, il a continué à évoluer. A tout prendre, il nous a semblé que l'érysipèle était plus facilement jugulé quand il était peu étendu, que lorsqu'il occupait une vaste région. Mais, même dans ce dernier cas, on pouvait souvent constater une modification, l'inflammation devenant moins intense et se rapprochant plutôt de la congestion inflammatoire.

A partir du moment où nous avons constaté que l'on pouvait arrêter l'érysipèle du lapin en faisant autour de la plaque naissante et à une petite distance de celle-ci, de petites injections de sérum dans les régions encore saines, nous avons commencé à traiter les érysipèles de l'homme suivant le même principe.

Ce mode de traitement convient surtout aux érysipèles des membres. Ici nous déposions le sérum en amont de la région infectée et quelquefois aussi en partie en aval. Dans 6 cas sur 7, le processus a été coupé net et la fièvre est tombée après 24 à 36 heures. Les doses employées étaient de 20 à 60 cc., suivant l'étendue du mal. Dans le 7e cas, l'érysipèle s'était propagé le lendemain bien au-delà de la barrière d'injection, mais, à partir de ce moment, il ne fit plus de nouveaux progrès.

Pendant que nous eûmes l'occasion de traiter ces différents cas, il s'en présenta un 8e, ayant comme point de départ une plaie du genou. Il nous parut trop bénin pour servir de pierre de touche à la méthode, mais il s'aggrava peu à peu et finit par envahir tout le membre inférieur.

Quand l'érysipèle siège aux membres, il est assez facile de le circonscrire: l'opération est plus difficile à la tête et au tronc. Mais néanmoins nous avons pu recueillir ici des observations des plus intéressantes : l'érysipèle s'échappant par quelque vide laisse dans la chaîne des injections, et continuant par là son extension derrière la barrière qu'on avait essayé de lui opposer.

Nous devons noter les excellents et rapides résultats obtenus dans des cas d'érysipèles très graves, menaçant la vie du malade. C'est précisément l'appréhension de l'issue fatale, l'emportant sur la crainte, que tant de médecins

éprouvent pour le sérum, qui avait décidé ceux-ci d'y recourir. L'injection de 100 à 150 cc. a dans ces cas produit presque toujours une amélioration rapide (chute de la température, amélioration du sensorium, de l'état général, etc.).

*b)* Erysipèles chroniques ou récidivants.

8 cas de cette nature ont été traités par le sérum. Une injection unique de 20 à 60 cc. a déterminé dans tous les cas en quelques jours la fin du processus.

Dans 2 cas, l'érysipèle remontait à 7 semaines et à 3 mois. Dans 1 cas la jambe présentait un ulcère sans tendance à la cicatrisation, qui s'est modifié immédiatement et s'est cicatrisé en 2 semaines. Chez un malade, les récidives d'érysipèles ont disparu pendant 9 mois pour revenir alors, mais disparaître définitivement après une nouvelle injection.

Si nous comparons les érysipèles chroniques ou récidivants aux érysipèles aigus, il nous semble que les premiers cèdent beaucoup plus sûrement au sérum que les seconds , et qu'ils sont justiciables de plus petites doses. On dirait que, sous l'influence de la durée et de la répétition des attaques, l'économie a acquis un commencement d'immunité, qu'un secours léger, celui prêté par le sérum, transforme en immunité suffisante.

3° *Phlegmons.* — Nous avons sous les yeux l'histoire de 5 phlegmons très graves du membre supérieur. Dans 2, le sérum a été employé comme dernière ressource avant l'amputation ; dans un troisième, il a été employé pour arrêter le processus qui se dirigeait vers l'épaule et menaçait de rendre impossible une amputation jugée nécessaire. Dans chaque cas, le sérum fut injecté dans la

main et autour du poignet, dans les parties restées saines. L'injection fut suivie, dans les 24 à 36 heures, de la chute de la température, de l'arrêt du processus et d'une suppuration de bonne nature des plus caractéristiques.

Ces cas de phlegmons se sont comportés absolument comme les oreilles de lapin dont on empêche l'envahissement total par des injections multiples.

4° *Angines.* — 6 angines à fausses membranes ont été traitées par notre sérum. 3 étaient particulièrement graves, les fausses membranes s'étendant au pharynx et aux fosses nasales, 5 compliquaient la scarlatine, la sixième une ablation double des amygdales. Dans aucune ne fut trouvé le bacille de la diphtérie, mais dans toutes le streptocoque.

Dans 5 cas, la guérison se produisit rapidement, sans nouveau progrès, après une injection de 20 à 60 cc. du sérum antistreptococcique. Dans le sixième cas très grave, une seconde injection fut faite le lendemain de la première. A partir de ce jour, la gorge et le pharynx commencèrent à se noyer et la guérison ne subit pas d'arrêt.

5° *Fièvres puerpérales.* — Environ une trentaine de fièvres puerpérales furent traitées par le sérum. Dans beaucoup de cas, l'examen bactériologique décela le streptocoque, dans les autres, cet examen ne put être fait, mais nous savons que le streptocoque est l'agent ordinaire des complications de l'accouchement.

Nous devons diviser les cas traités en :

*a*) Fièvres légères ;

*b*) Fièvres d'intensité moyenne ;

*c*) Fièvres graves.

a) *Fièvres légères* :

Un médecin des environs de Louvain, M. Decloux, avait assisté, dans le pays où il pratiquait, à plusieurs épidémies de fièvre puerpérale à forme souvent très bénigne au début, et dont plusieurs cas s'étaient terminés par la mort. Dans une série de 5 cas analogues, il fit une injection dès le moment où il fut appelé par les malades. Les symptômes principaux consistaient en fièvre modérée, avec ou sans frissons, en malaise général, en douleurs dans le bas-ventre, sans foyer bien distinct.

Une injection de 50 à 100 cc. de sérum fut régulièrement suivie en 24 à 48 heures de la chute de la température et de la disparition des autres symptômes. Ce que nous trouvons de remarquable dans ces cas, ce n'est pas la guérison, mais l'amélioration rapide qui suivit fidèlement l'injection. Nous devons y voir autre chose qu'un effet du hasard.

b) *Fièvres d'intensité moyenne* :

5 cas d'infection moyenne, avec exsudation dans les ligaments larges et fièvre élevée (39 à 40° et plus) furent traités à différentes périodes de leur existence par 100 à 200 cc. de sérum.

A partir de l'injection, l'exsudat entra en régression et la fièvre tomba graduellement. Dans ces cas la température ne devient ordinairement normale qu'après 3, 4 ou 5 jours.

c) *Fièvres graves* :

Une vingtaine de cas furent traités, représentant presque toutes les formes de l'infection.

Parmi eux, nous notons 3 péritonites généralisées, absolument caractéristiques. Chez l'une des malades, les symptômes disparurent en 24 heures, chez la seconde, en 3 jours, tandis que chez la troisième il ne se produisit

aucune amélioration, malgré 300 cc., et la mort survint 36 heures après le début du traitement. L'exsudat fournit le streptocoque à l'état de pureté.

Le cadre de cette communication ne se prête pas à une analyse détaillée des autres cas. Contentons-nous de dire que l'action du sérum montra souvent une efficacité évidente, d'autres fois le résultat fut nul ou très transitoire. Ces cas malheureux se rapportent pour la plupart à des infections dont la gravité faisait prévoir l'issue mortelle à bref délai. Fièvre intense depuis plusieurs jours, empoisonnement profond, pouls à 120, 130, 140. Généralement les médecins, ayant épuisé toutes leurs ressources et s'apercevant de l'imminence de l'issue fatale, se décidaient à recourir au sérum. Celui-ci a presque toujours produit alors une amélioration de 12 à 24 heures, souvent très marquée et faisant espérer la réussite ; mais après cette détente, l'empoisonnement reprenait son cours et la mort survenait 24 à 48 heures après. Ce que nous avons vu de l'application du sérum, nous permet d'affirmer qu'on ne peut plus guère compter sur un résultat, quand il est administré *in extremis,* même à doses massives, 500 cc. par exemple.

6° *Pyémies.* — 4 pyémies ont été traitées par le sérum. 2 ont guéri, 2 ont succombé. L'une de ces dernières était une infection mixte (streptocoques et staphylocoques).

A côté du service que le sérum antistreptococcique peut rendre dans le traitement des infections, il en est un autre, appelé, pensons-nous, à un grand avenir : l'application du sérum comme moyen préventif.

Nous avons eu dernièrement deux exemples des résul-

tats que cette méthode semble appelée à procurer. Le premier se rapporte à un enfant qui avait subi 2 staphylorraphies difficiles, mais sans résultats, la suppuration ayant fait échouer la suture. L'opération fut recommencée une troisième fois après une injection de 40 cc. de sérum et la guérison fut obtenue par première intention. Le second cas a également trait à une staphylorraphie ; l'injection préventive fut de 50 cc. et la plaie guérit par première intention, presque sans aucun gonflement et sans aucun de ces exsudats diphtéroïdes qu'on observe si souvent dans ces opérations.

La chirurgie pourra tirer profit de l'injection préventive dans d'autres cas de même nature, où les plaies sont déjà infectées ou exposées à le devenir par leur situation. On peut même raisonnablement espérer des bénéfices importants de cette méthode en cas de guerre pour empêcher l'infection par les plaies. Ce procédé serait analogue à celui que Nocard emploie avec tant de succès pour prévenir l'infection tétanique chez les animaux.

Il nous reste à revenir sur un phénomène que nous croyons avoir observé plusieurs fois : l'insuccès complet du sérum dans certaines infections où l'analyse révélait le streptocoque à l'état de pureté, tandis que le même sérum agissait d'une manière extrêmement rapide dans d'autres infections au moins tout aussi graves.

M. Van de Velde, sur notre proposition, a recherché si ce fait n'était pas dû à la nature du streptocoque et parmi une vingtaine de ces organismes, il en a étudié spécialement un qui, mis *in vitro*, en présence de leucocytes et de sérum antistreptococcique, ne se trouvait nullement gêné par son développement. Ce microbe, qu'il a appelé P, produisait sûrement chez le lapin un érysipèle typique, même

quand l'inoculation d'une simple dose érysipélatogène était précédée de l'injection de 5 cc. du sérum produit par le streptocoque A, celui qui a servi à presque tous nos travaux. Or, 2 cc. 5 de sérum A étaient capables de préserver le lapin contre une dose 5.000 fois pathogène de streptocoque A.

M. Van de Velde a immunisé alors un cheval avec le microbe P et il a obtenu un sérum sensiblement aussi actif contre P que l'était le sérum de A vis-à-vis du streptocoque A.

Enfin il a vacciné un cheval avec les streptocoques A et P à la fois et a obtenu un sérum actif contre A et P.

Cette expérience montre qu'on peut, en immunisant un cheval avec deux streptocoques, produire un sérum actif à la fois sur deux variétés.

Ces deux sérums A et P sont sans action sur le streptocoque de Marmorek.

Actuellement nous vaccinons des chevaux avec un mélange de 15 variétés de streptocoques. Il est possible que nous obtenions ainsi un sérum dont le rayon d'action sera beaucoup plus étendu que celui de notre sérum primitif.

Les résultats nous semblent assez satisfaisants pour encourager ces essais et nous espérons voir la généralisation de ce moyen thérapeutique qui pourrait rendre de grands services dans le traitement des maladies aussi graves que les péritonites post-opératoires, les fièvres puerpérales, etc.

Dr MARC JOUSSET.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*(Séance du 7 septembre.) — Etiologie de la cirrhose des buveurs.* — M. Lancereaux, frappé depuis longtemps du peu de symptômes d'intoxication alcoolique présentés par le buveur atteint de cirrhose hépatique, s'est appliqué à chercher la raison de ce fait, et est arrivé à se convaincre que, chez nous, du moins, cette affection est engendrée par les excès de vin et non par l'abus des spiritueux. L'action exercée sur la genèse de la cirrhose hépatique par le vin établie, il restait à chercher quelle pouvait être la substance nuisible. M. Lancereaux n'hésite pas à incriminer les sels de potasse que l'on retrouve dans le vin et dans certaines bières. Il a expérimenté le bisulfate de potasse, qui, mélangé à la nourriture d'animaux a déterminé chez eux des lésions manifestes de sclérose hépatique. Etant admis que les sels de potasse, et surtout les sulfates sont la cause de la cirrhose du buveur, il est rationnel de croire, si on tient compte de la localisation spéciale de cette affection aux divisions périlobulaires de la veine porte, que ces sels, introduits dans le sang, exercent une action directe sur les parois de ces vaisseaux et le tissu adjacent. La fréquence de la cirrhose chez les buveurs de vin, à Paris surtout, où cette boisson, généralement plâtrée, renferme de 4 à 6 grammes de sulfate de potasse par litre, chez les paysans qui prennent plusieurs litres par jour,

chez les individus qui ont l'habitude de boire à jeun du vin puis chez les garçons brasseurs que n'effraient pas 8 à 10 litres de bière, vient appuyer cette manière de voir, puisqu'elle montre que précisément ceux-là qui absorbent le plus de sels de potasse sont les plus exposés à cette affection.

Il faut donc prohiber le plâtrage ou sulfatage des vins et de toute autre boisson, en tous cas, rechercher un nouveau moyen de conservation.

(*Séance du 14 septembre.*) — *Les localisations cérébrales.* — M. Ferrand lit une très intéressante étude de psycho-physiologie au sujet des localisations cérébrales, d'où il ressort que le rôle des circonvolutions dans l'exercice du mouvement et de la sensation n'est pas aussi simple qu'il le paraît au premier abord. Toutefois, il paraît légitime de penser que les centres corticaux du cerveau sont le siège de représentations ou d'images sensibles ; les centres dits moteurs eux-mêmes étant considérés comme le lieu des images motrices, selon Fritsch et Hitzig, des images sensitivo-motrices selon Munk, des représentations motrices selon Charcōt et Pitres, d'accord encore avec Shicker et la plupart des physiologistes italiens, et les centres sensitifs comme le lien des images de la sensation.

M. Ferrand trouve que cette manière de voir s'accorde parfaitement avec la doctrine philosophique spiritualiste.

Ainsi, l'organe de l'impression est l'organe sensoriel périphérique, celui de la différenciation sensible et qui, par conséquent, détermine déjà la qualité de la sensation. Les ganglions de la base et du mésocéphale sont les organes de l'adaptation sensorielle, leur action est en

rapport avec le plus ou moins d'intensité de la sensation et sert par là à en déterminer l'élément quantitatif. Enfin, l'écorce cérébrale est le siège de la représentation sensible, autrement dit des images, images motrices, auditives, visuelles, et la sensation n'est complète et ne mérite vraiment son nom que quand elle s'est achevée par le concours de ce processus à triple étape.

La mémoire et l'imagination sensibles ne sont autre chose que la facilité qui nous est donnée de conserver et de rappeler au besoin ces représentations dont les centres corticaux sont l'organe, et les relations de ces centres entre eux nous permettent de comparer les unes aux autres les représentations dont ils sont le siège, de les contrôler et d'en tirer de ces jugements sensibles que la psychologie a dénommés l'Estimative et le Sensorium commune.

Toute cette élaboration échappe au domaine de l'intelligence proprement dite, et c'est bien à elle qu'il convient de réserver le qualificatif de psychique, qui doit servir à caractériser cette distinction.

*Dangers des opérations dans le goître exophtalmique.* — M. Poncet ne partage pas l'opinion de MM. Péan et Doyen relative à l'innocuité constante de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

La mortalité opératoire semble bien être nulle, mais il y a des accidents absolument indépendants de l'habileté manuelle et de l'expérience du chirurgien. Ce sont des morts subites, survenant quelques heures ou quelques jours après l'opération et qui reconnaissent probablement pour causes :

1° Une intoxication aiguë par les produits de la glande

altérée, lancés brusquement à dose massive dans le torrent circulatoire ;

2° Des perturbations graves dans l'innervation cardiaque et vaso-motrice, par l'irritation d'un grand sympathique déjà très susceptible et trop actif.

Aussi, pour M. Poncet, dans tous les cas de maladie de Basedow vraie, il faut essayer d'abord les médications internes, poursuivre leur emploi, même si l'amélioration est lente, chez les sujets qui peuvent faire les sacrifices de toute nature imposés par ce traitement. Chez les malades de la classe pauvre, obligés de compter les jours, cachectiques ou ceux qui présentent une récidive, il faut conseiller l'opération en prévenant le sujet et son entourage des risques à courir.

Si la tumeur est moyenne, il faut l'enlever par l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la préférence à l'exothyropexie. Enfin, dans le cas où le malade se refuserait à l'une de ces opérations on pourrait avoir recours à la sympathectomie.

(*Séance du* 21 *septembre.*) — *Plaie pénétrante de l'abdomen.* — M. Chauvel fait un rapport sur une observation du D[r] Caillet qui pratiqua avec succès une laparotomie sur un militaire chez lequel une balle de revolver avait déterminé quatre perforations de l'intestin grêle. M. Chauvel rappelle à ce sujet que l'expectation donne moins de chances de succès que l'intervention et qu'une laparotomie immédiate est indiquée dans les blessures pénétrantes de la cavité abdominale avec lésion probable des viscères. Si un examen méthodique ne fait reconnaître aucune plaie, le ventre sera refermé ; si l'exploration

met à jour des lésions de l'intestin ou des autres organes, le chirurgien leur appliquera le traitement indiqué dans le cas particulier.

*Atriplicisme et Helminthiase chez l'Européen et le Chinois à Pékin.* — M. Laveran fait un rapport sur deux notes du Dr Matignon attaché à la légation de France à Pékin. Dans une note précédente M. Matignon s'était demandé si les accidents dus à l'absorption des pousses d'arroche, qu'il a décrits sous le nom d'atriplicisme, n'étaient pas causés par la présence sur les feuilles d'acariens. Il a envoyé plusieurs échantillons de ces acariens à M. Mégnin qui a reconnu que c'était de vulgaires pucerons semblables à ceux que l'on trouve en France sur les rosiers où ils sont complètement inoffensifs. D'un autre côté, des frictions faites sur la peau avec des feuilles d'arroche n'ont produit aucun résultat. La cause des accidents de l'atriplicisme semble donc encore obscure.

Le Dr Matignon a constaté que les adultes chinois sont atteints d'helminthiase dans la proportion de 95 à 98 p. 100, du moins à Pékin tandis que les Européens dans le même pays n'en sont guère atteints que 25 fois sur 100. Cette différence est due à ce que les Chinois mangent beaucoup de choux crus sur lesquels on pratique généralement l'épandage des matières fécales. En revanche le tænia est plus fréquent à Pékin chez les Européens que chez les Chinois. Les tænias que l'on rencontre sont presque toujours des tænias inermes.

*(Séance du 28 septembre.) — Traitement de la lèpre par les injections hypodermiques du sérum anti lépreux.* — Le Dr Juan de Dios Carrasquilla (de Colombie) a essayé le traitement de la lèpre par un sérum anti-lépreux qu'il pré-

pare de la manière suivante : il pratique une saignée, habituellement de 250 centimètres cubes, chez un lépreux dont l'état général est relativement satisfaisant; au bout de vingt-quatre heures, le sérum du sang, recueilli avec les précautions antiseptiques est filtré à travers deux couches de ouate, auxquelles est interposée une couche de camphre, déposé dans des flacons stérilisés, puis injecté sous la peau de chevaux à la dose de 15 à 60 centimètres cubes, suivant la taille de l'animal. Celui ci réagit plus ou moins vivement sous son influence. Cette injection est renouvelée d'abord deux fois à dix jours d'intervalle, et, après dix jours encore, une première saignée est pratiquée à l'animal; on renouvelle ensuite les saignées et les injections tous les mois; chaque saignée fournit de 2 à 3 litres de sang.

Le sérum de cheval ainsi obtenu est filtré comme le sang humain et inclus dans des tubes stérilisés d'une contenance de 10 centimètres cubes.

Les injections sont faites avec ce liquide d'abord à la dose d'un demi-centimètre cube pour tâter la susceptibilité du sujet, puis, successivement, on en élève la quantité à 20 centimètres cubes; ces injections sont réitérées tous les trois jours, à moins de réaction trop vive.

Le Dr Hallopeau a essayé ce traitement à l'hôpital Saint-Louis et voici ses conclusions :

1° Les conditions dans lesquelles est préparé le sérum sont défectueuses; le sérum recueilli chez un lépreux, en dehors d'une poussée aiguë de sa maladie, en contient rarement les bacilles spéciaux; rien ne prouve qu'il en contienne les toxines;

2° La préparation du liquide n'est pas faite avec de

suffisantes précautions antiseptiques; les microbes banals qu'il contient en sont le témoignage;

3° Néanmoins, il est généralement bien supporté; la réaction locale et générale qu'il peut provoquer est le plus souvent modérée; cette réaction ne prouve pas l'existence dans le liquide des toxines lépreuses, elle peut s'expliquer par la présence de microbes banals;

4° Son action sur la lèpre peut être nulle : des formes tuberculeuses ont persisté, avec tous leurs caractères; malgré son emploi prolongé, il n'empêche pas, contrairement aux assertions de son auteur, de nouvelles poussées de se produire;

5° Les régressions qui sont survenues chez les malades que nous avons soumis à son action n'ont pas dépassé celles qui se produisent d'habitude spontanément dans l'intervalle des poussées;

6° En raison de la grande diversité que l'on observe dans la marche de la lèpre, des rémissions qui s'y produisent habituellement et de la longue durée qu'elles peuvent présenter, il sera nécessaire de soumettre à une observation très prolongée les malades traités par ce sérum avant de conclure qu'il est réellement actif;

7° C'est bien prématurément que l'on a affirmé l'amélioration et surtout la guérison de la lèpre par ce sérum;

8° On pourrait, avec plus de chances de succès, essayer de préparer un sérum anti-lépreux en injectant à un animal, soit du sérum pris au moment d'une poussée lépreuse, car on sait que c'est surtout pendant ces poussées que le sang renferme des bacilles, soit les bacilles de lépromes;

9° La commission de l'Académie a l'intention de continuer ces tentatives de sérothérapie, malgré les conditions

servent encore et conserveront longtemps un petit corset par mesure de précaution. Ils n'ont été autorisés à marcher que lorsque la radiographie a permis de constater la réparation des lésions vertébrales.

En somme, le Dr Calot conclut qu'il est démontré que l'on pourra obtenir une correction notable des grosses et vieilles gibbosités encore en évolution et la correction intégrale des petites gibbosités.

M. Jonnesco (de Bucharest) a réduit 13 gibbosités pottiques avec le procédé de Calot, mais il a remplacé la traction manuelle par la traction mécanique à l'aide de mouffles, et la continuité de cette traction lui a permis de réduire la force employée.

*Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés.* — MM. Tarnowsky et Jakowlev (de Saint-Pétersbourg), se basant sur l'hypothèse que la mercurialisation des animaux pourrait communiquer à leur sérum une action thérapeutique permettant d'utiliser ce sérum comme moyen de traitement de la syphilis chez l'homme, ont entrepris des expériences sur 3 poulains qui subirent des injections sous-cutanées de calomel. Chaque poulain reçut de 4 à 6 grammes de calomel, dans le courant de deux mois et demi.

Avec le sérum de ces poulains ainsi mercurialisés, ils ont traité, à la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, 16 syphilitiques à différentes périodes de la maladie. Ces injections se pratiquaient à la région dorsale, avec les précautions habituelles, trois ou quatre fois par semaine, à la dose de 10 à 20 centimètres cubes. Il a été fait en moyenne à chaque malade 17 injections.

A quelque période de la maladie que le traitement sérothérapique fût appliqué, le résultat a toujours été négatif : la maladie a suivi sa marche habituelle. Ce traitement a même exercé un effet défavorable sur l'état général des malades, parce que les injections provoquent de la fièvre dans les quatre cinquièmes des cas. Cette fièvre est généralement accompagnée d'une poussée de purpura, de douleurs dans les articulations et dans les muscles, de l'apparition d'albumine dans l'urine, etc. ; en outre, les malades maigrissent sensiblement. On constate aussi que le sang est appauvri : il y a diminution dans le nombre des globules et abaissement du taux de l'hémoglobine.

*Pathogénie et traitement du tabes dorsal.* — M. Obersteiner (de Vienne) reconnaît que la syphilis est la cause la plus importante du tabes; il n'est pourtant pas absolument exclusif et ajoute : « Il faut reconnaître aussi que, outre la syphilis et même en l'absence de celle-ci, d'autres influences nocives, telles que le traumatisme, le refroidissement, les intoxications, etc., peuvent déterminer fort probablement l'apparition de l'ataxie locomotrice. »

Plus loin, M. Eulenburg (de Berlin), à propos du traitement spécifique, qui ne lui paraît pas fondé, estime que jusqu'à présent on n'est pas autorisé à regarder la syphilis comme la cause essentielle ou exclusive du tabes.

Au point de vue thérapeutique, M. Grasset (de Monpellier) ne nous donne aucune indication nouvelle : le traitement antisyphilitique, à continuer longtemps, s'il donne des résultats; le traitement antiarthritique (arsenic, iodure, lithine, etc.); le traitement de la sclérose (sels d'argent, seigle ergoté) ; des injections d'extrait brown-séquardien, de substance nerveuse, de sérum artificiel,

la suspension et la méthode de Frenkel, qui consiste à réhabituer le malade aux mouvements.

M. Frenkel expose les principes de sa méthode.

*Nouveaux procédés de séparation de l'échidno-vaccin et de l'echidnase du venin de vipère.* — M. Phisalix (de Paris) a déjà démontré que la matière vaccinante préexiste dans le venin de vipère et qu'elle ne provient pas de la transformation des substances toxiques; il suffit, en effet, de filtrer sur porcelaine une solution de venin pour lui enlever ses propriétés toxiques tout en lui conservant ses propriétés vaccinantes. Il arrive au même résultat par la dialyse à travers du papier parchemin. Une solution de venin de vipère dilué à 1/500 est versée dans un dialyseur. Au bout de vingt-quatre heures, l'eau extérieure est inoculée à un cobaye qui n'éprouve aucun symptôme d'envenimation et qui est parfaitement vacciné. Si on renouvelle cette eau extérieure, et si on recommence la même expérience vingt-quatre heures après, l'animal éprouve quelques symptômes d'envenimation et n'est pas vacciné.

*Un cas de transmission de la clavelée du mouton à l'homme.* — MM. Bosc et Pourquier (de Montpellier) ont observé le cas suivant; une tripière en raclant les pieds d'un mouton atteint de clavelée, se pique au pouce gauche; deux jours après elle voit apparaître un bouton qui augmente de volume; huit jours plus tard il existe un véritable chancre d'inoculation, à contre surélevé, cuivré, à bord taillés à pic et décollés. Il se fait ensuite une éruption de papules qui gagnent le dos des doigts de la même main, puis le pouce droit. Lorsqu'elle est vue par les médecins il existe une éruption généralisée aux mains,

aux poignets et aux avant-bras, offrant absolument les caractères d'une éruption de variole à papules isolées et confluentes. L'éruption va en augmentant pendant quelques jours et s'accompagne de gonflements; tout rentre bientôt dans l'ordre.

Pour s'assurer si cette éruption avait bien pour cause la clavelée, ils prirent du liquide dans les pustules de la femme et l'inoculèrent à des agneaux qui présentèrent ensuite des pustules de clavelée, mais plus petites que celles qui suivent l'inoculation de la clavelée du mouton, et non suivie de généralisation, de suppuration; ce passage de la maladie dans l'organisme humain donne donc au virus claveleux des propriétés vaccinantes.

*Sur une forme de cirrhose hépatique observée au Mexique.* — M. CARMONA Y VALLE (de Mexico), dit qu'on observe à Mexico une forme clinique de cirrhose hépatique bien définie dont l'histoire ne se trouve pas dans les livres de pathologie interne.

Elle est caractérisée par l'accroissement et la dureté du foie, un ictère constant, un mouvement fébrile continu rémittent ou intermittent, des hémorrhagies, des troubles digestifs avec diarrhée permanente bilieuse, des troubles cérébraux avec phénomènes ataxo-adynamiques, fréquemment de l'ascite, et se termine par la mort.

Sa durée moyenne est de six à huit mois, mais elle peut tuer en beaucoup moins de temps et durer jusqu'à un an et demi.

Elle diffère de la cirrhose hypertrophique biliaire en ce que sa marche est beaucoup plus rapide, que la rate ne s'hypertrophie pas comme dans la cirrhose d'Hanot, qu'elle est presque continuellement fébrile et que l'ascite y est beaucoup plus fréquente.

La prolifération conjonctive commence par les veines sus-hépatiques et s'étend rapidement aux travées des lobules, puis aux branches de la veine-porte. Il y a destruction cellulaire; dans quelques cas, la prolifération conjonctive est tellement abondante qu'elle obstrue tous les vaisseaux sanguins, produisant ainsi des masses plus ou moins volumineuses de tissus nécrosés qui, en général, se ramollissent et forment des cavernes pleines d'un liquide crémeux et de couleur blanchâtre.

*Traitement du lupus par l'air surchauffé.* — M. Holländer (de Berlin) se sert dans les cas de lupus d'un appareil au moyen duquel il peut insuffler sur la peau un courant continu sous pression d'air surchauffé à 300° et même plus.

La douleur provoquée par cet air chaud peut être supportée, mais il vaut mieux chloroformer le malade, qui, à son réveil, n'éprouve aucune douleur dans la région cautérisée.

S'agit-il d'un lupus localisé, la carbonisation complète des foyers est tout indiquée. On la fait précéder d'une abrasion des tissus morbides à la curette tranchante dans les cas de lupus hypertrophique. Les cicatrices qui en résultent ont bon aspect.

A cette carbonisation l'on substituera une cautérisation moins profonde, une *escharification*, dans tous les cas de lupus étendu où l'extirpation au bistouri ne peut être pratiquée tant à cause de l'étendue des lésions que de leur localisation particulière. Lorsqu'on dirige un courant d'air surchauffé sur une région infiltrée de nodules lupiques, on assiste à une sorte de mouvement péristaltique de la peau ; la région traitée se ratatine et devient

d'une blancheur de neige par suite de la contraction énergique des parois vasculaires. Les foyers lupiques ne participent pas à cette ischémie et font plus fortement saillie sur la peau saine, ce qui permet d'autant mieux de localiser l'action de la chaleur et de reconnaître les nodules que leurs faibles dimensions empêchaient auparavant d'apercevoir. Si l'on pousse l'escharification non pas jusqu'à carbonisation complète, mais seulement jusqu'à ce degré où la peau revêt un aspect de cuir sec, les tissus sains reprennent peu à peu leur aspect normal, tandis que les masses lupiques mortifiées sont éliminées. Pour que l'escharification donne le résultat désiré, plusieurs séances sont nécessaires. Par ce procédé, des placards lupiques étendus peuvent guérir sans présenter de rétraction cicatricielle notable.

*Traitement du goître exophthalmique et de l'épilepsie essentielle par la résection bilatérale du sympathique cervical.* — M. Jonnesco (de Bucharest) conseille la résection totale et bilatérale du sympathique cervical contre la maladie de Basedow et l'épilepsie essentielle. Le goître exophthalmique est incontestablement modifié et même guéri par la résection du sympathique cervical. Deux de ses malades sont actuellement tout à fait rétablies ; une troisième, qui a été opérée récemment, a vu disparaître la plupart des troubles oculaires et diminuer les autres symptômes (goître, pouls, état nerveux, etc.).

*Traitement de la péritonite tuberculeuse par la paracentèse suivie d'une insufflation d'air dans la cavité abdominale.* — M. Duran (de Barcelone), considérant que le succès de la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse est dû surtout à l'action de l'air sur la séreuse

péritonéale, a pensé qu'il suffisait, une fois l'exsudat éliminé par la paracentèse, d'insuffler de l'air dans la cavité péritonéale, de manière que toute la surface séreuse en reste comme baignée pendant un certain temps.

Les résultats de ce mode d'intervention ont été très avantageux dans un grand nombre de cas.

*Traitement de la coqueluche par le sérum de génisse vaccinée.* — M. Violé (de Constantinople) a essayé dans les cas de coqueluche rebelle des injections sous-cutanées de sérum de génisse vaccinée. Il y a été conduit par les résultats produits quelquefois par la vaccination.

Plusieurs génisses reconnues parfaitement saines furent vaccinées. Quelques jours plus tard, on leur tira à chacune environ 3 litres de sang, qui donnèrent à peu près 400 grammes de sérum, lequel fut distribué dans des flacons stérilisés de 5, 10, 15 et 20 centimètres cubes.

Une fois le sérum recueilli, il commença les inoculations à l'hôpital international Saint-Georges, chez des enfants âgés de 3 semaines à 16 ans. La première série d'expériences eut lieu au mois de juin; on cessa pendant les grandes chaleurs du mois d'août, pour reprendre en septembre. Les inoculations étaient toujours pratiquées entre le douzième et le vingt-huitième jour de la maladie, à l'époque où les quintes de toux étaient particulièrement violentes et lorsque toute médication interne avait échoué. On injectait chaque fois de 4 à 20 centimètres cubes de sérum.

Sur 78 enfants ainsi inoculés, il a obtenu de bons résultats : les accès ont diminué d'intensité et souvent même disparu huit à dix heures après la première inoculation ; 4 enfants seulement se sont montrés rebelles au traite-

ment ; 4 autres coquelucheux, qui avaient subi une récidive, furent inoculés de nouveau et guérirent.

Il ajoute en terminant que ces injections ont toujours été inoffensives et n'ont amené aucune complication.

Dr MARC JOUSSET.

---

# REVUE DES JOURNAUX

## DE L'ACIDE SULFURIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA COLITE

Un confrère anglais, M. le Dr A. Campbell (d'Uley), a trouvé qu'un bon moyen à employer contre la colite de l'adulte, surtout au début de l'affection, consiste dans l'usage de l'acide sulfurique médicinal associé à une petite quantité d'opium et administré dans de l'eau à la dose de dix gouttes répétée trois ou quatre fois par jour. Cette médication aurait pour effet d'enrayer rapidement la diarrhée. La première prise d'acide sulfurique ne doit être donnée qu'après que le patient est allé à la selle, ce qui a généralement lieu le matin. Si on fait ingérer l'acide sulfurique avant cette garde-robe, on risque de provoquer une rétention de matières fécales très pénible pour le malade. (*Semaine médicale*, 25 août.)

L'acide sulfurique est un de nos médicaments de la diarrhée chronique ; voici les symptômes pathogénétiques qui indiquent son emploi dans la colite : selles liquides, précédées de coliques ; selles verdâtres, dysentériques ; selles fréquentes, sanguinolentes ; le ventre est dur et douloureux.

### L'ORTHOFORME

MM. les Drs A. Einhorn et R. Heinz (de Munich) ont découvert un nouvel anesthésique local, l'*orthoforme*, éther méthylique composé de l'acide amidoxybenzoïque. Cette substance présente sur la cocaïne l'avantage de ne pas être toxique et de provoquer, par suite de son absorption lente, une insensibilisation de très longue durée. En outre, l'orthoforme jouit de la propriété de diminuer les sécrétions et d'exercer une action franchement antiseptique.

L'orthoforme est une poudre cristalline blanche, inodore, insipide, peu et lentement soluble dans l'eau, qui n'en dissout que la quantité strictement nécessaire pour exercer une action analgésique suffisante; d'autre part, son absorption est si peu rapide que l'analgésie, une fois obtenue, persiste pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours.

Appliqué sur les muqueuses en poudre ou en pommade, l'orthoforme y provoque, au bout de quelques minutes, une anesthésie lentement progressive.

Ce médicament réussit en applications locales dans les brûlures au troisième degré, les plaies douloureuses, les fissures des lèvres, des seins, de l'anus, etc.

A l'intérieur (0,50 à 1 gr.) plusieurs fois par jour; il a calmé les douleurs de l'ulcère simple et du cancer de l'estomac. (*Semaine médicale*, 1er septembre.)

---

### TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE PAR LA CRÉOSOTE

M. Vladimir de Holstein ayant fait prendre de la créosote comme désinfectant intestinal à une jeune chlorotique qui souffrait de constipation habituelle, vit cette cons-

tipation disparaître et des selles spontanées et quotidiennes s'établir.

Il a, depuis ce temps, employé plusieurs fois le même moyen thérapeutique avec des résultats excellents ; il commence par administrer une goutte de créosote pure de hêtre à la fin des deux principaux repas dans un verre de lait, de bière, d'eau vineuse ou d'eau pure ; on augmente chaque jour d'une goutte, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dose nécessaire, qui est le plus souvent de 7 à 8 gouttes à la fin de chaque repas. (*Semaine médicale*, 1er septembre.)

---

SIALORRHÉE DE LA GROSSESSE GUÉRIE PAR LA RÉDUCTION DE L'UTÉRUS RÉTROFLÉCHI.

Le Dr Audebert (de Bordeaux) a observé une jeune femme qui, à la suite d'une première grossesse, fut atteinte d'une endométrite infectieuse avec rétroflexion consésécutive. Devenue enceinte une seconde fois, elle fut bientôt prise d'un ptyalisme extrêmement abondant et qui l'épuisait. Notre confrère vit cette femme vers le milieu du troisième mois de sa grossesse ; à ce moment la malade était très émaciée. En recueillant la salive qui s'échappait de sa bouche on obtenait jusqu'à 800 grammes de liquide par jour, mais ce chiffre ne représentait qu'une partie de l'humeur sécrétée, car une grande quantité de salive était déglutie ou se perdait dans les linges que la malade tenait au-devant de ses lèvres.

L'examen ayant démontré que l'utérus gravide était en rétroflexion, le Dr Audebert fit placer la malade dans la position genu-pectorale et opéra facilement avec deux doigts la réduction de la matrice qu'il maintint à l'aide d'un gros tampon placé dans le cul-de-sac postérieur.

Dès ce moment, la salivation diminua et trois jours après, elle avait complètement cessé. (*Semaine médicale*, 15 septembre.)

---

INTOXICATION PAR LE CAMPHRE.

M. le Dr F. Tidcombe (de Bognor) a observé des symptômes graves d'empoisonnement chez un petit garçon âgé de 2 ans, auquel on avait fait avaler par mégarde, au lieu d'une potion expectorante, une cuillerée à café d'huile camphrée à 25 p. 100, soit 1 gramme de camphre. Une demi-heure après l'enfant fut pris de convulsions qui durèrent quelques secondes, puis il tomba dans le coma et eut un vomissement. Lorsque, quelques instants plus tard, notre confrère vit le petit malade, celui-ci se trouvait toujours dans le coma; ses membres étaient glacés, la respiration était lente et profonde, le pouls à peine perceptible, les paupières closes et les pupilles fortement dilatées. Grâce à l'application d'une éponge chaude sur la région du cœur et à l'action d'un courant électrique faible, l'enfant ne tarda pas à revenir à lui et vomit une seconde fois. Dès qu'il fut en état d'avaler un peu de liquide, on lui fit ingérer du lait chaud coupé d'eau, qu'il rendit aussitôt. Au bout d'une demi-heure le petit malade était déjà suffisamment remis pour pouvoir marcher, et il ne tarda pas à se rétablir complètement. (*Semaine médicale*, 15 septembre.)

---

TRAITEMENT DE L'OZÈNE PAR L'EXTRAIT DE PITUITAIRE DE MOUTON.

Dans un cas d'ozène grave et rebelle à toute sorte de

moyens thérapeutiques, entre autres à l'électrolyse, M. le Dr A. Rivière (de Lyon) s'est bien trouvé des badigeonnages de la muqueuse malade avec un extrait préparé par macération de la muqueuse des cornets moyen et inférieur du mouton dans de l'eau résorcinée à 4 p. 1.000. Cette macération était effectuée pendant vingt-quatre heures à la température de 65°. Le liquide filtré était encore remis à l'étuve durant vingt-quatre heures à la même température.

Les applications de cet extrait ont été suivies d'une disparition rapide de la punaisie et d'une amélioration de tous les autres symptômes de l'ozène. (*Semaine médicale*, 22 septembre.)

---

### EMPLOI DE L'AZOTATE D'URANE DANS LE DIABÈTE PAR UN ALLOPATHE.

Le Dr Duncan (de Glascow) a rapporté à l'Association médicale britannique, dans sa réunion tenue à Montréal (31 août au 3 septembre), que chez cinq diabétiques il a obtenu une amélioration marquée par l'usage de l'azotate d'urane prescrit à la dose de 0 gr. 30 centigrammes à 1 gramme. Ce produit paraît dénué d'inconvénient même lorsqu'on en fait un usage prolongé. Cependant il est loin de vouloir le considérer comme un médicament spécifique du diabète. (*Semaine médicale*, 22 septembre.)

Il y a déjà de longues années que nous employons ce médicament avec de bons résultats. en nous appuyant sur la loi de similitude.

---

### TRAITEMENT DE LA FIÈVRE DES TUBERCULEUX PAR LE THYMOL.

M. de Renzi, professeur à la Faculté de médecine de Naples recommande le thymol comme agissant ordinairement d'une façon favorable dans la fièvre hectique des phthisiques.

Le mode d'administration de l'acide thymique est fort simple. On prescrit :

Thymol pulvérisé . . . . . . . 10 grammes.

Divisez en 40 cachets. — A prendre : d'abord 4 cachets dans le courant de la journée, puis augmenter d'un cachet par jour jusqu'à ce que la fièvre se trouve enrayée. Avaler un verre d'eau après chaque cachet. (*Semaine médicale*, 22 septembre.)

---

### UN DÉSODORISANT DE L'IODOFORME.

Parmi les nombreuses substances employées par les chirurgiens pour débarrasser leurs mains de l'odeur pénétrante qu'elles gardent après un contact même de très courte durée avec l'iodoforme, il ne semble pas qu'on en ait encore découvert qui mérite véritablement le nom de désodorisant. Or, M. le Dr A. Coustan (de Montpellier) a trouvé qu'il suffit de se laver les mains avec de l'*eau de fleurs d'oranger* pour qu'elles cessent aussitôt de sentir l'iodoforme. (*Semaine médicale*, 29 septembre.)

---

### ÉRYSIMUM DANS LES LARYNGITES

L'érysimum, appelé vulgairement l'herbe aux chantres, à joui au siècle dernier d'une certaine vogue dans le traitement de l'enrouement et des laryngites.

Le Dr Hermary voudrait le tirer d'un oubli immérité. Dans une vingtaine de cas de laryngite aiguë avec enrouement, quelquefois même avec aphonie, il a été surpris de la rapidité de son action ; non seulement le timbre de la voix recouvrait sa clarté en seize ou vingt-quatre heures, mais la douleur et l'état inflammatoire de la muqueuse laryngée cédait rapidement.

Dans la laryngite chronique simple, en le continuant de huit à quinze jours, on obtient aussi des résultats satisfaisants.

Le Dr Hermary cite une observation d'enrouement consécutif à une ablation de polype du larynx et n'ayant cédé qu'au traitement par l'érysimum. (*Médecine moderne*, 9 juin.)

---

### DE LA SOMATOSE

M. Capitan signale un nouveau produit azoté, la somatose comme très préférable aux peptones.

La somatose est une albumose extraite de la viande fraîche; c'est une poudre grisâtre, inodore, à peu près insipide, facilement et complètement soluble dans l'eau ; elle renferme exclusivement les éléments digestifs et assimilables du muscle avec les sels qui y sont contenus.

Voici une analyse faite par Goldmann :

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . . . . . . . | 10 |
| Azote total . . . . . . . | 12 |
| Albumoses . . . . . . | 78 |
| Peptones . . . . . . . . | 2 à 3 |
| Sels. . . . . . . . . . . | 6 |

La somatose s'administre chez l'adulte à la dose de 9 à 12 grammes par jour (soit 3 à 4 cuillerées à café au ras); la moitié ou le quart de la dose aux enfants suivant leur âge.

On en fait prendre, divisée en trois ou quatre doses, un quart d'heure environ avant les repas.

On verse une cuillerée à café d'eau dans un verre ou une tasse, puis une cuillerée à café de somatose ; on mélange le tout avec le manche d'une cuillère; on obtient ainsi une pâte épaisse qu'on laisse reposer cinq minutes environ; on y ajoute un tiers de verre d'eau bouillante et tout se dissout. Cette solution est bue telle quelle ou mélangée avec du lait, du café, du chocolat, du thé, du bouillon, etc. (excepté le vin).

La somatose est ainsi facilement acceptée par les malades à qui on peut l'administrer sans qu'ils s'en doutent. Elle se digère parfaitement.

Elle convient chez tous les anorexiques, quelle que soit la cause de cette anorexie; à tous les anémiques; elle réussit parfaitement chez les rachitiques, chez les nourrices, dont elle augmente le lait. (*Médecine moderne*, 16 juin.)

---

## TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LA TEINTURE DE STRAMONIUM ASSOCIÉE A L'ARSENIC.

Dans les cas d'asthme bronchique, un confrère anglais, M. le docteur W. Murray, a recours avec avantage à une médication mixte par le stramonium et l'arsenic.

Notre confrère commence par administrer la teinture de stramonium à la dose de 0 gr. 45 centigr., répétée trois fois par jour, jusqu'à la disparition complète des accès asthmatiques. Ce résultat une fois obtenu, il prescrit la solution de Fowler à la dose de 5 gouttes à chacun des deux principaux repas. Au cours de ce traitement arsenical, qui a pour but de prévenir le retour des accès, le patient continue l'usage de la teinture de stramonium, mais il n'en prend qu'une seule dose de 0 gr. 45 centigr., le soir au moment du coucher.

M. Murray prescrit la teinture de stramonium sous la forme d'une mixture contenant aussi des carbonates alcalinsdestinés à faciliter l'expectoration (carbonates d'ammoniaque et de magnésie, bicarbonate de soude), de la poudre de rhubarbe et quelques gouttes de chloroforme.

(*Semaine médicale.*)

## ÉCOLE FRANCAISE D'HOMŒOPATHIE

Les cours auront lieu rue du Four, n° 25, quatre fois par semaine, les lundis, mardis, jeudis et vendredis, à 9 heures du soir.

Le D[r] P. Jousset fera les deux leçons d'exposition les lundi et mardi 15 et 16 novembre.

Le D[r] Léon Simon fera le cours de matière médicale tous les jeudis et lundis à partir du 18 novembre.

Le D[r] Marc Jousset fera le cours de thérapeutique les vendredis à partir du 19 novembre.

Le D[r] Love fera le cours de thérapeutique des maladies de l'enfance, les mardis à partir du 23 novembre.

Le D[r] Parenteau fera le cours de thérapeutique des maladies des yeux, les mardis dès que le D[r] Love aura terminé son cours.

Le D[r] Ecalle fera une leçon sur la pharmacologie le mardi après la fin du cours du D[r] Parenteau.

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

# L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1897

---

## THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

### EXPÉRIENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA CULTURE DE TUBERCULOSE ATTÉNUÉE.

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques*).

Depuis plusieurs années nous avons expérimenté sur les animaux et essayé sur l'homme, avec toute la prudence commandée par le devoir professionnel, les différents liquides annoncés comme devant guérir la tuberculose, et, à l'exception de la *tuberculine non phlogogène de Klebs*, nous avons reconnu que les préparations annoncées comme efficaces dans le traitement de la tuberculose étaient des agents dangereux aux doses préconisées et inefficaces aux doses très petites.

La tuberculine de Klebs, employée en injection à la dose d'un milligramme chez l'homme, n'a jamais produit d'accidents entre mes mains, et elle nous a donné dans les cas apyrétiques une amélioration durable. Le docteur Marc Jousset a publié dans le numéro d'avril de l'*Art Médical* de cette année une série d'expérimentations sur les cobayes dans lesquelles l'action favorable de la tuberculine de Klebs a été démontrée par une survie de quatre mois chez les cobayes traités.

Nous trouvons ces résultats fort incomplets et depuis

une année nous avons cherché dans une voie différente le remède de la phtisie.

Comme Pasteur a employé avec succès pour le traitement de la rage les moelles rabiques elles-mêmes plus ou moins atténuées, nous avons pensé que la culture pure de tuberculose suffisamment atténuée constituerait peut-être le vrai remède de la phtisie.

Nous avons choisi comme le meilleur mode d'atténuation la trituration de la culture pure dans des quantités déterminées de sucre de lait.

Voici, dans tous ses détails, notre mode de préparation :

Nous avons pris une culture pure développée sur pomme de terre ; cette culture nous a été fournie par l'institut Pasteur. La culture a été recueillie par grattage et cinq centigrammes ont été triturés pendant une heure avec cinq grammes de sucre de lait. Cette première préparation était donc au centième. Nous nous sommes assuré qu'elle était très virulente pour le cobaye.

Cinq centigrammes de cette première trituration ont été mélangés et triturés de la même manière avec cinq grammes de sucre de lait. Cette seconde préparation est au dix millième.

Cinq centigrammes de la 2e trituration mélangés et triturés avec cinq grammes de sucre de lait nous donnent une préparation au millionième.

Cette préparation au millionième nous a servi aux expériences de la première série : cinquante centigrammes de la préparation étaient dissous, à chaud, dans deux centimètres cubes d'eau stérilisée et chaque cobaye recevait en injection un demi-centimètre cube de cette solution.

C'est avec cette préparation au millionième que nous avons préparé les solutions aqueuses jusqu'au trillionième qui ont servi au traitement des cobayes de la 2e série.

Dans ma clinique de l'hôpital Saint-Jacques, publiée dans le numéro de juillet 1897, j'annonçais déjà mes expériences sur les cobayes traités de la phtisie expérimentale par des cultures pures de tuberculose. A ce moment et aujourd'hui encore je n'oserai pas employer la culture pure de tuberculose chez l'homme malade en injection sous-cutanée, mais j'ai cru pouvoir employer cette substance à l'intérieur. Plusieurs malades du service ont reçu en potion des gouttes d'une solution de tuberculose au trillionième et même plus tard j'ai porté la dose à 0,20 centigrammes par jour d'une trituration au millionième. Dans la leçon de clinique dont je parle on peut lire l'observation d'une péritonite tuberculeuse qui a guéri, au moins en apparence, par la tuberculose au millionième et au trillionième.

Nous publions aujourd'hui deux séries d'expériences. Dans la première, la culture pure employée pour le traitement a été une solution au millionième. On verra que cette dose a été absolument nuisible.

Dans une seconde série, les cobayes ont été traités par une solution au trillionième. Chaque cobaye recevait tous les quatre jours 3/4 de centimètre cube de cette solution, et un tiers des cobayes traités ont une survie de sept mois, ont beaucoup engraissé et semblent en voie de guérison.

Nous venons de recommencer une autre série d'expériences dans laquelle nous emploierons une dose intermédiaire plus faible que la première employée et plus forte que la dernière.

Pour éviter toute erreur et toute cause de complication,

nous avons employé dans nos expériences pour l'*inoculation initiale* une culture pure sur bouillon, et chaque cobaye a reçu un 1/2 centimètre cube de ce bouillon.

Pour le *traitement*, tous les cobayes recevaient la même quantité de la dilution de culture pure dans l'eau stérilisée, dilution dont nous avons donné la préparation un peu plus haut.

La température prise soir et matin et le poids des animaux inscrit tous les huit jours permettent de suivre exactement toutes les phases de l'expérience.

1re SÉRIE. — *Cobayes traités par les injections de culture pure au millionième.*

Le 23 mars 1897, 4 cobayes furent injectés avec une solution de culture pure de tuberculose étendue de bouillon.

Le *cobaye n° 1* pesait à cette date 430 grammes. Le 2 avril, il avait maigri de 5 grammes, et sa température variait entre 40 et 40°2. On commença à le traiter le 6 avril, c'est-à-dire treize jours après l'inoculation. Il reçut ce jour-là en injection sous-cutanée un demi-centimètre cube de culture pure de tuberculose au millionième. Ces injections furent renouvelées deux fois la semaine jusqu'au 21 avril. A ce moment, le cobaye ne pesait plus que 345 grammes. Depuis le 27 mars, il avait donc perdu 85 grammes. La température s'étant abaissée le 27 avril jusqu'à 39°, on suspendit les injections, mais le 1er mai, la température ayant remonté à 39°5, on fit une injection à la même dose que les précédentes. Les jours suivants, la température redescendit progressivement jusqu'à 38°, et cependant le cobaye mourut après avoir augmenté de quelques grammes dans les derniers jours de sa vie.

En résumé, le 1er mai, il ne pesait que 375 grammes ayant maigri de 55 grammes pendant l'expérience.

A l'autopsie, nombreux tubercules dans la rate, le foie, et quelques granulations dans les poumons.

Le *cobaye n°* 3 pesait 580 grammes au début de l'expérience ; il fut soumis aux mêmes injections que le cobaye n° 1. Sa température oscilla entre 39°5 et 40°, et son poids augmenta jusqu'au 24 avril. A ce moment, il pesait 605 grammes, c'est-à-dire 25 grammes de plus qu'au début de l'expérience.

Du 26 au 30 avril, la température s'étant tenue à 39°5, les injections furent suspendues et comme la température à partir du premier mai remonta à 40°, qu'en même temps le poids diminua de 40 grammes, les injections furent reprises le 1er et le 4 mai. Dès lors, la température oscilla de 39 à 40°, le poids du cobaye descendit à 485 grammes ayant perdu ainsi 105 grammes depuis le commencement de l'expérience. Le soir du 8 mai, la température avait atteint 41° et le cobaye mourut quatre jours après le n° 1.

*Autopsie.* — L'animal est manifestement tuberculeux, la rate très hypertrophiée a contracté des adhérences avec les organes voisins. Le foie présente quelques granulations et le poumon n'en a aucune.

*Cobaye n°* 4. — Ce cobaye est petit et ne pesait que 360 grammes au début de l'expérience. Au début du traitement le 6 avril, la température atteint fréquemment 41°2, il maigrit rapidement et ne pèse déjà plus que 305 grammes le 10 avril. Les injections furent continuées deux fois la semaine, la température descendit d'abord à 40° et à partir de la fin d'avril à 39°5. Le poids du corps, après avoir augmenté de 20 grammes au 17 avril, tomba

successivement à 290 grammes le 24 avril, 285 grammes le 1er mai, c'est-à-dire ayant baissé de 75 grammes pendant le cours de l'expérimentation. Il mourut le 5 mai et présenta de nombreux tubercules, quatre jours après le n° 1.

Le *cobaye n° 2* pesait 530 grammes. C'était donc un poids moyen pour nos 4 cobayes. Aussi fut il gardé comme *témoin*.

Au début de l'inoculation, la température s'éleva au-dessus de 40° puis, vers le milieu du mois d'avril, elle redevint naturelle entre 38° 1/2 et 39°. A ce moment le cobaye était très essoufflé, le poids était tombé à 380 grammes le 17 avril. L'animal mangeait peu et nous croyons à une mort prochaine mais la température remonta entre 39° et 40°. L'essoufflement disparut, le cobaye se mit à manger et cependant, le 24 avril, il avait encore perdu 20 grammes. La température baissa de nouveau. Le cobaye mourut le 4 mai, quatre jours après le n° 1.

Il ne pesait plus que 320 grammes ayant perdu 210 grammes.

*Autopsie.* — Il était très tuberculeux.

Résumé. — Le témoin, cobaye n° 2, mourut le 4 mai, quarante et un jours après l'inoculation, ayant maigri progressivement et perdu 210 grammes. La température augmenta au début de l'expérience et dépassa 40° le soir. Elle redescendit ensuite et pendant trois semaines resta à peu près normale : 38°5 le matin, 39° le soir.

Dans les deux dernières semaines, la température remonta à 40° jusqu'à la mort.

Le n° 1 mourut le 4 mai, le même jour que le témoin. Son amaigrissement fut régulièrement progressif, mais il ne perdit que 55 grammes. Sa température resta toujours

élevée, les deux premières semaines elle dépassait 40°. Elle redescendit ensuite un peu comme celle du témoin mais cependant marquait presque toujours 40° le soir.

Le n° 3 mourut le 5 mai, vingt-quatre heures après le témoin, ayant perdu 105 grammes après avoir augmenté de poids les neuf premiers jours. Le mouvement fébrile présenta les oscillations habituelles à la tuberculose, mais nous avons noté qu'après le commencement du traitement elle se maintint au moins à 40° et à 41° le jour de la mort.

Le n° 4 mourut aussi le lendemain du témoin ayant perdu 75 grammes après avoir aussi augmenté de poids les premiers jours.

Dès le commencement du traitement la température atteignit 41°, puis elle redescendit vers 39°5 à la fin.

La conclusion à tirer de ces expériences est que les injections de culture pure de tuberculose au millionième n'ont pas retardé la mort des animaux en traitement, et qu'elles semblent avoir augmenté le mouvement fébrile.

2e Série. — *Cobayes traités par des injections de culture pure de tuberculose au trillionième.*

Six cobayes ont été inoculés avec la culture pure de tuberculose : 4 le 4 mai 1897 et 2 le 11 mars. Les 2 cobayes inoculés le 11 mars n'ont commencé à être traités que le 15 mai, c'est-à-dire deux mois après avoir été inoculés. Les 4 autres ont commencé à l'être le 8 mai, c'est-à-dire quatre jours après leur inoculation.

Pendant les deux mois que les cobayes inoculés le 11 mars ont passé sans traitement l'un, n° 1, était une femelle qui a mis bas le 22 avril et elle a augmenté de poids (120 grammes) jusqu'à l'époque des inocula-

tions du traitement. La température qui, un mois après l'inoculation, s'était élevée au-dessus de 40°5, s'était abaissée ensuite à 40° jusqu'au moment du traitement. L'autre, le n° 2, a présenté, vers la même époque que le précédent, une élévation de température au-dessus de 40° et est revenu ensuite entre 39°5 et 40°. Après avoir augmenté de poids (100 grammes) pendant le premier mois, il a commencé à diminuer dans le cours du second mois pour revenir à peu près au poids primitif (485 grammes) au moment du traitement.

Des 4 cobayes inoculés le 4 mai, le *témoin n° 3* a présenté une ascension de la température dès le lendemain de l'inoculation. A la fin du mois, cette température atteignait 40° et oscillait ensuite entre 39°5 et 40° jusqu'au jour de sa mort, le 5 août 1897, où sa température est descendue à 38°8. Le poids initial de ce témoin était de de 555 grammes. Il a un peu augmenté de poids dans la seconde semaine (40 et 50 grammes).

Pendant le mois de juin, le poids a oscillé entre 545 et 580 grammes, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du poids initial. Mais à la mi-juillet, c'est-à-dire deux mois et demi après l'inoculation de la tuberculose, son poids diminuait sans tomber jamais au-dessous de 500 grammes, le 31 juillet, c'est-à-dire cinq jours avant sa mort survenue trois mois un jour après son inoculation.

En somme, chez ce cobaye, le mouvement fébrile a été marqué surtout à partir du second mois et s'est maintenu presque constamment à 40°, le poids ayant très peu diminué (55 grammes.)

Les trois autres inoculés le 4 mai, cobayes dont le traitement a commencé huit jours après leur inoculation, ont présenté tous les trois une ascension de un degré à un

degré et demi dans les jours qui ont suivi leur inoculation.

Voici maintenant quelle a été la marche des symptômes chez ceux qui ont succombé :

Le n° 4 pesait au moment de l'inoculation 705 grammes. Il a diminué de poids à partir du neuvième jour après l'inoculation jusqu'à la fin du mois où il ne pesait plus que 670 grammes (diminution 35 grammes).

Dans le mois de juin, il a augmenté en présentant des alternatives depuis 685 grammes le 4 juin à 715 grammes le 26 juin, c'est-à-dire 10 grammes de plus que le poids initial.

Pendant tout le mois de juillet, il a augmenté de poids et atteint le 24 du mois 750 grammes. Au mois d'août, il a présenté des oscillations entre 695 grammes et 755 grammes. Pendant ces mois, la température s'est maintenue entre 39° et 39°5 sans jamais atteindre 40° en sorte que nous pensions que ce cobaye allait guérir, mais au mois de septembre son poids diminuait graduellement jusqu'à 670 (35 grammes de moins que le poids initial) et en même temps la température s'est maintenue presque constamment à 40°. L'animal est mort quatre mois et vingt jours après l'inoculation ; il a survécu au témoin un mois et vingt jours. Il présentait des tubercules dans tous les organes et en particulier dans la rate qui était très grosse, des épanchements pleuro-péritonéaux sanguinolents et la plaie d'inoculation était très grande.

Le n° 5, avait 460 grammes comme poids initial. Il est monté à 500 grammes dans les quinze premiers jours. (Les cobayes en expérience étant très bien nourris engraissent presque toujours au début.) Puis le poids a ensuite oscillé pour s'élever à 475 grammes, c'est-à-dire 15 grammes au-dessus du poids initial à la fin de juin.

Pendant tout le mois de juillet, le poids a diminué d'une manière irrégulière et pendant tout ce mois la température s'est élevée jusqu'à 40° et s'y est maintenue. Le cobaye est mort trois mois et deux jours après l'inoculation, vingt-quatre heures seulement après le témoin, le 6 août, ne pesant plus que 395 grammes, c'est-à-dire 65 grammes de moins qu'au début.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë, rate très tuberculeuse, abcès caséeux au point d'inoculation.

Des deux cobayes qui ont été traités tardivement, c'est-à-dire deux mois après l'inoculation de la tuberculose, l'un, le nº 1, est mort le 9 octobre c'est-à-dire sept mois après l'inoculation et plus de deux mois après le témoin. Le poids initial de ce cobaye était de 485 grammes. Il a d'abord augmenté d'une manière notable jusqu'à 680 grammes pendant les premières semaines. Il a commencé à maigrir dans le second mois (avril) et son poids est tombé à 495 grammes. Il a commencé à engraisser huit jours après le commencement du traitement et à la fin du mois de mai il avait atteint 645 grammes.

Dans le mois de juin, ce cobaye a maigri avec des alternatives de 555 grammes à 610. La température s'est presque toujours tenue aux environs de 40°. Pendant le mois de juillet, il a augmenté progressivement de 600 grammes à 650 grammes. La température a rarement atteint 40° et l'animal était mieux.

Le mois d'août lui a encore été favorable puisqu'il est arrivé à 645 grammes et que la température n'a atteint 40° que trois ou quatre fois dans le mois; mais à partir de la fin de septembre il a commencé à maigrir, 515 grammes le 2 octobre, 435 grammes le 9 octobre, la température presque toujours à 40°, et enfin la mort est survenue le

9 octobre, sept mois après l'inoculation de la tuberculose.

A l'autopsie, la rate à son volume normal et présente un petit nombre de granulations tuberculeuses. Le foie n'est pas tuberculeux, mais il a subi la dégénérescence graisseuse. Les poumons sont farcis de gros tubercules. Il existe une petite plaie d'inoculation.

Deux cobayes vivent encore; un, le n° 2, inoculé le 11 mars, c'est-à-dire il y a sept mois, et l'autre le 4 mai, c'est-à-dire cinq mois et demi.

Le cobaye n° 2, inoculé le 11 mars, son poids initial était de 485 grammes. Il a augmenté de poids pendant tout le mois d'avril et avait atteint 630 grammes au mois de mai. Cependant sa température qui, primitivement, était à 39°, avait atteint 40° après le 12 avril.

Au 15 mai, quand on a commencé le traitement, le cobaye ne pesait plus que 620 grammes. A la fin du mois, il avait gagné 35 grammes et la température était descendue à 39°5 et 39°.

Pendant le mois de juin, le poids a augmenté et atteint 700 grammes le 26 juin et la température s'est maintenue comme le mois précédent entre 39° et 39°5.

Pendant le mois de juillet, nouvelle amélioration; le cobaye atteint 725 grammes au 31 juillet et la température se maintient toujours de 39 à 39°5.

Au mois d'août, le cobaye pesait 850 grammes, la température était presque toujours à 39°. Au mois de septembre, le poids atteint 905 grammes. Il a baissé un peu au commencement d'octobre mais pour un instant, car le 16 octobre il atteignait 940 grammes, c'est-à-dire qu'il avait augmenté de 485 grammes.

La plaie d'inoculation est tout à fait cicatrisée,

Le cobaye n° 6, inoculé le 4 mai et qui a été traité quatre

jours après l'inoculation, pesait au début 615 grammes, à la fin de mai 636 grammes et la température n'atteignait pas 40°. Pendant le mois de juin, le poids a oscillé entre 620 et 670 grammes. La température n'atteignant jamais 40°.

Au mois de juillet,il a engraissé et atteint 700 grammes; bonne température,

Le mois d'août se maintient entre 640 et 710 grammes et une seule fois la température a atteint 40°; à la fin du mois de septembre le poids tomba de 725 grammes à 680 grammes et la température atteint souvent 40°.

Au moins d'octobre, le 9, le cobaye atteint de nouveau le poids de 700 grammes c'est-à-dire qu'il y a gagné 85 grammes et la température s'améliore. La plaie d'inoculation est presque cicatrisée.

Qu'adviendra-t-il de ces deux cobayes? Nous avons suspendu le traitement, nous surveillons leur température et leur poids; s'ils continuent à s'améliorer, nous ne leur ferons aucun traitement; autrement nous reprendrons les injections.

En résumé, sur six cobayes en expérience le témoin est mort le premier; des cinq autres, trois ont eu une survie plus ou moins longue; l'augmentation du poids, la diminution de la température ont coïncidé avec le traitement et chez deux de ces animaux l'amélioration a été si considérable que nous avons cru un instant à la guérison. Enfin, chez deux autres, l'amélioration persiste et progresse. Est-ce un succès?

D^r P. Jousset.

---

# CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

## VERATRUM VIRIDE

La matière médicale du veratrum viride a été bien étudiée dans les deux écoles. L'action physiologique de la plante fut expérimentée en Europe et en Amérique, et l'on peut consulter nos matières médicales qui donneront in extenso les propriétés de l'hellébore vert. Les lecteurs français feront bien de lire l'article de Piedvache dans le traité de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive, qui est assez complet, qui donnera une bonne idée de la valeur du médicament.

Le veratrum viride a des points communs avec le veratrum album, et des points différents. Je trouve qu'on a trop de tendance à prescrire veratrum sans épithète, ce qui veut dire le veratrum album, en oubliant les propriétés du veratrum viride.

Tous deux ont la débilité cardiaque avec sueurs froides extrêmement marquée ; l'hellébore blanc a ce symptôme encore plus manifeste que l'hellébore vert. D'ailleurs l'hellébore blanc, agissant par sa vératrine détermine des symptômes de ralentissement de la circulation, de paralysie des muscles de la vie végétale, qui amène un état de refroidissement caractéristique et mis en relief dans la matière médicale homœopathique; on note bien parmi les symptômes l'alternance du froid et de la chaleur, mais le veratrum album n'a jamais été un médicament indiqué dans l'état fébrile et les congestions. Diarrhée avec refroidissement, état cholériforme avec froid glacial, détresse

cardiaque avec sueurs froides, telles sont en quelques mots les plus importantes caractéristiques du veratrum album.

Le veratrum viride a une action plus étendue. Outre l'état de collapsus, de ralentissement de la fibre musculaire, et de froid qu'il possède avec son congénère, il a aussi à un degré très marqué le phénomène opposé, c'est-à-dire la réaction avec congestion ; et nous voyons communément conseiller le veratrum viride dans les phlegmasies aiguës fébriles aussi bien que dans la frigidité cholérique. Ces deux états sont mal définis et mal interprétés dans la matière médicale de l'hellébore vert. Au lieu de l'indiquer pour des symptômes aussi différents, on ferait bien de rattacher ces symptômes et d'étudier ce médicament dans les maladies qui présentent ces deux états extrêmes, c'est-à-dire *les infections à grandes oscillations de la température.* C'est sur ce point que j'insisterai à la fin de cet article, et c'est ce qui constituera, je le crois, la partie originale de mon travail.

Qu'il me soit permis auparavant d'indiquer quelques points particuliers de l'hellébore vert sans faire sa matière médicale en entier. Une langue sèche avec une raie rouge occupant le sillon central de la langue surtout associée avec une face bouffie et livide semblerait tout à fait caractéristique, l'œsophage montrerait une certaine sensibilité vis-à-vis de ce médicament. On parle d'inflammations aiguës de l'œsophage guéries par ce remède, mais les œsophagites simples sont vraiment rares, et nous ne devons pas avoir souvent l'occasion de l'indiquer.

En thérapeutique homœopathique, veratrum viride a beaucoup été employé par les praticiens américains dans le traitement de la pneumonie. D'après certains confrères,

il couperait une pneumonie à son début. J'avoue que je n'ai jamais encore vu une pneumonie arrêtée, j'ai vu des congestions pulmonaires fugaces, durant de un à trois jours, j'ai vu fréquemment des défervescences de pneumonie se faire le cinquième jour au lieu du septième, mais je n'ai jamais vu couper une vraie pneumonie à microbe pathogène. D'ailleurs les observations que j'ai eues manquaient d'examen bactériologique, et il est très facile de prendre une congestion pulmonaire pour une pneumonie. Le veratrum viride n'en reste pas moins un médicament que l'on peut prescrire au début d'une phlegmasie pulmonaire.

Je rangerai sous la même explication l'action incontestable du veratrum viride dans l'érysipèle, le phlegmon érysipélateux, la cellulite, la pelvi-péritonite, la péritonite et enfin la fièvre puerpérale. Les livres abondent de cas cliniques de ce genre, traités par le veratrum viride. Pour mieux faire, laissons la parole au Dr Richard Hughes à propos de la fièvre puerpérale.

« Lorsqu'un frisson, suivi du développement de la douleur et de la sensibilité indique l'invasion de l'inflammation, vous mettrez naturellement votre malade sous l'influence de l'Aconit, et vous pourriez faire plus mal ; cependant des preuves se sont accumulées en ces derniers temps en faveur du *veratrum viride* comme convenant mieux aux périodes prémonitoires de ces inflammations, qui sont toujours de nature quelque peu érysipélateuse. Voici ce qu'écrit le Dr Leadam : « Il paraît spécialement adapté au soulagement et à la guérison de l'inflammation puerpérale. Pendant de nombreuses années, j'ai eu l'habitude de le prescrire toutes les fois que, chez une femme en couches, se montrent les premiers symptômes d'une

congestion pelvienne ou péritonéale et, lorsque mes avis ont été suivis avec confiance, le résultat a été des plus heureux. Il rappelle le lait et les lochies, lorsque ceux-ci ont été supprimés subitement, calme les troubles nerveux, soulage la tympanite, et le ténesme vésical ou rectal, et coupe fréquemment court à l'atteinte. Appelé à temps, il m'est rarement arrivé de ne pas réussir à conjurer une cellulite menaçante par les mêmes moyens. Mon habitude est de la donner à la seconde ou troisième dilution décimale. »

La fièvre puerpérale devient rare de nos jours grâce aux précautions antiseptiques ; j'ai pourtant eu l'occasion d'être appelé, il y a deux ans, auprès d'une femme atteinte de fièvre puerpérale, depuis plusieurs jours déjà, et par conséquent dans un état avancé. Je prescrivis le veratrum viride en dilutions sans succès, et la femme mourut entre mes mains. Mais ce que nous avons souvent à traiter, ce sont des états infectieux, se caractérisant par de grands frissons, une fièvre intense, suivie d'un refroidissement, puis de nouveaux frissons, etc., en un mot des maladies à grandes oscillations thermométriques, qui sont le plus souvent dues à une infection produite par une variété de streptocoques comme c'est le cas dans la fièvre puerpérale. J'ai pu pendant mes mois de service à l'hôpital Saint-Jacques observer deux cas bien nets de l'action du veratrum viride dans les infections à grandes oscillations.

Le premier remonte à environ trois ans. Un domestique, ayant été atteint d'une variole noire précédemment (le fait est important à noter, car la variole prédispose aux suppurations) souffre d'une vulgaire névralgie faciale, mais elle s'accompagne d'une grande fatigue et de fièvre,

que je pris pour la grippe. La névralgie faciale céda, mais cette soi-disant grippe ne fît qu'augmenter. Le ventre se ballonna, le malade fut pris de diarrhée et les frissons commencèrent. J'abandonnais l'idée de grippe, pour porter timidement le diagnostic d'état typhoïde sans savoir exactement ce que mon malade avait. Les frissons ne firent que s'accentuer, si bien qu'au bout de huit jours, le malade dépassait le soir 40°, allait près de 41°, et le matin la température était au-dessous de la normale, vers 36°, soit près d'un écart de 5 degrés centigrade du soir au matin. Pendant ces grandes oscillations, se déclara une congestion pulmonaire heureusement fugace, mais bientôt un nouveau phénomène vint nous éclairer un peu. Du jour au lendemain il se forma une arthrite intense du genou gauche. Deux jours après, un gonflement considérable s'était produit, nous retirons avec une grosse seringue environ 100 grammes de liquide citrin. *Ce liquide examiné bactériologiquement contenait des streptocoques en abondance.* Nous étions en présence d'une infection à streptocoques à forme des plus virulentes, telle qu'on la rencontre dans la fièvre puerpérale, et dans les maladies à suppurations aiguës. L'arthrite passa rapidement à l'état purulent et nous fûmes plus tard obligés d'avoir recours à l'intervention chirurgicale pratiquée par M. le Dr Crepel qui constata des foyers de suppuration non seulement dans l'articulation mais également dans la cuisse. Le malade rendit plus tard du pus aussi par les garde-robes, enfin à force de soins, de temps et de patience, le malade sortit de l'hôpital à peu près rétabli, avec une jambe enkylosée, et marchant avec des béquilles; le résultat n'était pas merveilleux sans doute, mais l'homme était en vie, alors qu'il avait vu la mort de très près. S'il

m'est permis de faire un jugement sur le traitement qu'il a suivi, je n'hésiterai pas à dire que pendant les grandes oscillations de la température, pendant la phase aiguë de l'infection, c'est-à-dire la phase mortelle, pendant la congestion pulmonaire et l'état typhoïde, le médicament qui l'a sauvé, est le veratrum viride. Je l'ai constaté d'une façon bien nette sur les oscillations de la température qui duraient depuis huit jours en augmentant d'intensité. Sitôt que veratrum viride en teinture-mère fut administré, les écartements de la température furent moins accentués aussi bien en hyperthermie qu'en hypothermie, et tous les jours la courbe de la température s'achemina vers la normale jusqu'à la suppression des oscillations. Le malade prit de IV à VI gouttes par jour de veratrum viride θ.

Une autre observation, également intéressante, bien que terminée par la mort, est due à l'action du veratrum viride dans une fièvre analogue, à grandes oscillations. Il s'agit d'une malheureuse femme, atteinte d'un cancer utérin inopérable, sur lequel se greffa une suppuration du bassin, et un gonflement de la fosse iliaque droite. Cette femme portait une large ouverture dans le flanc droit, destiné à faire évacuer le pus; mais le pus avait fusé derrière le sacrum; une eschare se produisait et une suppuration gazeuse décollait toute la peau des reins. Cette femme présentait la courbe oscillatoire de l'infection purulente. Elle vécut encore plus de deux mois pendant mon service à l'hôpital. Deux fois de suite, je constatais l'action de veratum viride sur ce cas sans espoir. La première fois, la courbe de température à oscillations qui durait déjà depuis plusieurs semaines, diminua graduellement, et cessa sous l'influence de l'hellébore vert. Nous

suspendîmes le médicament pour lui en donner un autre. De suite, la température remonta; nous redonnâmes veratrum et la température redescendit. Mais le corps de la malheureuse avait assez de la lutte; il s'éteignit quelques temps après.

Les observations ayant servi à faire la communication des Drs Richard Hughes et Leadam (j'ajouterai celle d'un docteur allopathe, le Dr John Brow), sur la fièvre puerpérale, maladie à température essentiellement oscillatoire, les cas de cellulite, de phlegmons érysipélateux, de suppurations pelviennes, cités par les autres auteurs, ont dû tous plus ou moins s'accompagner, comme les cas de ma pratique, d'oscillations de la température. Ces oscillations indiquent le plus souvent une septicémie aiguë, des suppurations menaçantes ou en voie de formation. Or, le microbe, qui le plus fréquemment amène les septicémies et les suppurations, le microbe qui le plus fréquemment manifeste sa présence par de grandes oscillations de la température, est presque toujours le streptocoque, sous une de ses nombreuses variétés. Nous pouvons dire par déduction, que le veratrum viride est un de nos médicaments que nous pouvons opposer à l'infection streptococcique, dont on parle tant en ce moment, et dont le sérum anti-streptococcique est encore si discuté.

On a rapproché l'action du veratrum viride de celle de l'aconit. C'est une erreur à mon avis. L'aconit n'a pas la température au-dessous de la normale, comme l'ont les vératrum, et n'a pas les alternatives de froid et de chaud. L'aconit n'a jamais rien fait contre une suppuration menaçante, et je ne connais pas beaucoup de remèdes analogues au veratrum viride. Parmi les médicaments de l'infection et de la suppuration, les venins de serpents,

tarentula cubensis, hepar, mercurius, myristica, proposés par le Dr Olive y Gros, peuvent avoir plus d'action sur la suppuration, mais je n'en vois pas qui ait le symptôme des grandes oscillations fébriles aussi marqué.

Ce qui supplante le remède, c'est l'intervention chirurgicale; une courbe oscillatoire très accentuée indique presque toujours une suppuration en voie de formation. Quand on est sûr de la localisation du foyer, l'ouverture de l'abcès fait immédiatement tomber la température, mais souvent on soupçonne le pus sans savoir exactement où il se forme, surtout lorsqu'il s'agit des organes internes, et enfin l'infection purulente peut être généralisée, comme dans le cas de mon premier malade. Comme conclusion, le veratrum viride ne doit pas empêcher les suppurations de se former, mais il exerce une action sur la courbe thermométrique. Ce fait s'appuie sur la matière médicale et sur des observations cliniques.

Dr François Cartier.

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

---

Action générale et symptomes caractéristiques des principaux médicaments, d'après Dewey, professeur de matière médicale au collège Hahnemann de San-Francisco (1).

---

(1) L'ouvrage du professeur Dewey, dont nous avons extrait l'intéressant travail qui suit, est intitulé « *Essentials of homœopathic materia medica* ». C'est une sorte de résumé de l'action des médicaments homœopathiques à l'usage des étudiants. Nous n'avons pas en français d'ouvrage qui lui corresponde, aussi

### ABIES CANADENSIS.

Sensation de brûlure ou de rongement dans l'estomac. Sensation de faim, de faiblesse et de défaillance avec désir insatiable de mets indigestes ou qui ne conviennent pas. En plus de ces symptômes, déplacement utérin.

### ABIES NIGRA.

Sensation d'avoir avalé quelque chose d'indigeste qui s'est arrêté dans la région du cardia. Sensation d'œuf dur. Dyspepsie due à l'usage du tabac.

### ACALYPHA INDICA.

Toux sèche suivie de crachement de sang pur le matin, de sang noir et caillé le soir, avec sensation de constriction de la poitrine.

### ACIDE BENZOÏQUE.

Vessie irritable, urine d'odeur ammoniacale et de couleur jumenteuse. Douleurs dans les petites articulations, nodosités goutteuses. Convient aux gens nerveux qui pleurent facilement.

### ACIDE CARBOLIQUE.

Flatulence des gens âgés dépendant d'une mauvaise digestion ; acidité et brûlure de l'estomac.

### ACIDE FLUORIQUE.

Agit sur les os et la peau et a quelque effet sur les glandes.

---

croyons-nous faire œuvre utile en donnant dans l'Art médical la traduction des passages de son livre, où il traite de l'action générale et des caractéristiques des médicaments.

Il nous a semblé plus commode d'adopter l'ordre alphabétique, de préférence à celui qu'a suivi Dewey et dans lequel les remèdes sont étudiés règne par règne (règne végétal, règne animal et règne minéral). (Note du Traducteur.)

### ACIDE MURIATIQUE.

Il agit sur le système nerveux ganglionaire et par celui-ci sur le sang, sur la peau et le tube digestif ; il accroit la coagulabilité du sang et le rend prédisposé à la désorganisation, d'où son emploi dans les états adynamiques graves, les fièvres putrides, etc...

Ses caractéristiques sont :

1° Grande débilité générale ;

2° Langue d'une grande sécheresse ;

3° Sécrétions irritantes.

### ACIDE NITRIQUE.

Il agit surtout sur les muqueuses et principalement sur celles des parties du corps où elles rejoignent la peau. Il produit de l'irritation, des ulcérations qui peuvent aller jusqu'à la gangrène. Il agit aussi sur les os et les glandes.

Ses caractéristiques sont :

1° Sécrétions de mauvaise nature et irritantes ;

2° Douleur de fissure.

### ACIDE OXALIQUE.

Douleur aiguë dans le dos, s'étendant aux cuisses, soulagée par le changement de position. Le dos semble trop faible pour porter le corps ; les douleurs sont pires en y pensant. Douleurs par place dans le corps. Névralgie du cordon pire par le mouvement.

### ACIDE PHOSPHORIQUE.

Il produit de la prostration nerveuse et de la débilité, un état atonique du tube digestif, et des affections osseuses.

Ses caractéristiques sont :

1° Débilité de cause nerveuse ;

2° Diarrhée aqueuse non douloureuse et qui ne fatigue pas ;

3° Suites d'excès sexuels.

### Acide picrique.

Il correspond en général aux symptômes de la neurasthénie, ou de la fatigue cérébrale. Il a aussi une action marquée sur les organes génitaux.

### Acide salicylique.

Dyspepsie avec grande accumulation de gaz et acidité de l'estomac.

### Acide sulphurique.

Il agit spécialement sur la muqueuse du tube digestif et de l'appareil respiratoire.

Caractéristique :

Sensation de blanc d'œuf desséché sur la figure.

### Aconitum napellus.

Il affecte les nerfs sensitifs, causant des tintements d'oreille suivis de surdité. Il accélère l'action du cœur, cause de l'élévation de la température avec frissons, fièvre et sueurs. Les fortes doses produisent de la paralysie du cœur avec collapsus. La détresse mentale accompagne invariablement l'action d'aconit.

Caractéristiques :

1° Terrible angoisse et crainte de mourir ; on annonce même le jour de sa mort. Agitation extrême et presque convulsive ;

2° Maladies dues à l'exposition au vent sec et froid, ou à un arrêt brusque de la transpiration ;

3° Pouls dur, plein et fréquent ;

4° Symptômes pires le soir et la nuit. Leur apparition est soudaine et violente.

### Actœa racemosa.

Il produit de nombreux symptômes cérébraux, spinaux, et du côté du bassin ; il agit plus spécialement sur les

femmes. Beaucoup de ses symptômes rappellent l'hystérie et le rhumatisme. Son caractère général se manifeste par de l'agitation, de la nervosité, du manque de sommeil et des douleurs.

Sa principale sphère d'action est les organes sexuels femelles particulièrement pendant la grossesse.

Caractéristiques :

1° Douleurs allant d'une hanche à l'autre à travers le ventre ;

2° Contractions spasmodiques de l'utérus après l'accouchement ;

3° Prédisposition à l'avortement avec nervosité et humeur pleurnicheuse.

4° Névralgie ovarienne et autres douleurs réflexes du côté gauche.

### Æsculus hipposcastanum.

Pléthore abdominale avec battements profonds dans le ventre. Hémorrhoïdes avec sensation de sécheresse du rectum et comme si des épines étaient implantées dans la muqueuse ; elles sont rouge pourpre et s'accompagnent de douleurs de reins.

### Ethusia cynapium.

Vomissement chez les enfants de gros morceaux de lait caillé quelquefois verdâtres, suivi d'un grand abattement.

### Agaricus muscarius.

Il exerce sa principale influence sur les centres nerveux. Sur le cerveau il agit comme l'alcool mais montre plus de délire et de vertige et s'accompagne d'augmentation de la force musculaire. Le tremblement et les secousses nerveuses sont caractéristiques.

### Ailanthus glandulosa.

Rash scarlatineux imparfaitement sorti, d'un rouge

sombre. Le malade est dans la stupeur, la gorge est enflée et le tissu cellulaire du cou infiltré. Ecoulement nasal excoriant, prostration complète. Selles liquides sanguinolentes, irritantes.

### Allium cepa.

Sécrétion nasale aqueuse et irritante avec larmoiement non irritant. Sensation de râpe dans la gorge et le larynx avec chatouillement qui provoque la toux. Le larynx est tellement douloureux que le malade fait tous ses efforts pour éviter une toux qui lui arrache les larmes des yeux. Grand enrouement. Amélioration par la chaleur.

### Aloe socotrina.

Il agit surtout sur le foie et a beaucoup de symptômes de congestion de l'utérus ou du système de la veine-porte.

Mal de tête avec hébétude dans la région frontale ou sensation d'un poids sur le sommet de la tête. Pesanteur des paupières et nausées.

Besoin très pressant d'aller à la selle de grand matin, s'accompagnant de beaucoup de gaz et de faiblesse du sphincter. Le malade perd confiance en son sphincter et craint que les matières ne passent en laissant échapper un vent.

### Alumina.

Par les nerfs spinaux Alumina agit sur le côlon et le rectum produisant une grande diminution de leurs sécrétions. Il produit aussi une profonde dépression du système cérébro-spinal.

La grande caractéristique d'Alumina est la sécheresse des muqueuses. La conjonctive, le nez et le canal intestinal sont complètement secs.

### Ambra grisea.

Il agit sur le système nerveux en produisant beaucoup

de symptômes semblables à ceux de l'hystérie et convient particulièrement aux affections hystériques des femmes.

Les caractéristiques sont :

1° Manque de réaction par suite de faiblesse nerveuse;

2° Embonpoint chez des femmes qui en plus sont constipées;

3° Toux pire pendant les époques.

### Ammonium carbonicum.

Il convient surtout aux maladies subaiguës et chroniques des muqueuses, particulièrement aux maladies de la muqueuse des voies respiratoires chez les vieillards dont la fibre musculaire est lâche. C'est un stimulant passager du cœur.

### Ammonium muriaticum.

Il produit une violente inflammation des muqueuses et trouble la circulation du sang. Il affecte également le système nerveux et a une certaine périodicité des symptômes.

### Anacardium orientale.

Il déprime le système nerveux, et produit des symptômes d'affaiblissement cérébral et de prostration nerveuse générale. Il agit aussi puissamment sur la peau où il produit de l'inflammation et une éruption vésico-pustuleuse.

Les symptômes mentaux caractéristiques d'Anacardium sont : la perte de la mémoire : on s'imagine entendre des voix lointaines et le malade a la sensation d'avoir deux volontés dont l'une l'excite à faire ce que l'autre lui défend. Le malade est très irritable et a un désir irrésistible de jurer et de maudire. On éprouve aussi une sensation de cheville enfoncée dans différentes parties du corps telles que : la tête, l'abdomen, le rectum, etc...

### Antimonium crudum.

Il déprime les fonctions des muqueuses et par l'intermédiaire du pueumogastrique produit la lenteur de la digestion. Les muqueuses sont enduites de mucus. Il affecte également la peau où il produit des cors, des callosités, etc...

Caractéristiques :

1° Enduit épais et d'un blanc laiteux sur la langue ;

2° Disposition d'esprit inquiète et chagrine.

### Antimonium tartaricum.

Déprimant cardiaque, il produit de la paralysie motrice et sensitive ainsi que la perte des réflexes. Il détermine le catarrhe des muqueuses et une éruption pustuleuse de la peau.

Caractéristiques :

1° Grande accumulation de mucosités dans les bronches qui cause de nombreux râles, peut être même des vomissements et de l'assoupissement ;

2° Respiration sifflante et grande oppression. La toux semble grasse mais les mucosités ne sont pas expectorées. Chaque fois que le malade tousse, il semble qu'il va cracher, mais il ne le peut pas.

### Apis mellifica.

Enflûre rapide avec rougeur et douleurs brûlantes et piquantes. Œdème de tout le corps. Epanchement dans les séreuses.

Caractéristiques :

1° Assoupissement ;

2° Gonflements œdémateux ;

3° Manque de soif ;

4° Intolérance pour la chaleur ;

5° Sensation de piqûres ;

6° Aggravation des symptômes l'après-midi de 4 heures à 6 heures;

7° Sensation de courbature.

### APOCYNUM CANNABINUM.

Il agit spécialement sur les reins, la peau et les séreuses, donnant naissance à diverses affections hydropiques. Il déprime le cœur, abaisse et affaiblit le pouls.

### ARALIA RACEMOSA.

Toux spasmodique la nuit, se montrant après un premier somme. Soulagement après expectoration de mucus dur.

### ARANEA DIADEMA.

Caractéristiques :

1° Refroidissement facile et grande susceptibilité à l'humidité ;

2° Engourdissement des régions innervées par le cubital ;

3° Douleur perforante dans le calcaneum.

### ARGENTUM NITRICUM.

Il cause l'atonie et l'inflammation destructive des muqueuses et a une action spéciale sur le système cérébro-spinal, produisant de la paralysie et de l'insensibilité. Son effet sur le système nerveux est encore prouvé par des symptômes tels que : le mal de tête et la pesanteur des extrémités inférieures, etc.

### ARNICA MONTANA.

Il produit des états tout à fait semblables à ceux qui résultent de chocs, chutes, coups ou contusions. Il est particulièrement applicable aux cas où quelque accident, même éloigné, semble avoir causé les troubles existants, dans les suites du traumatisme, le surmenage des organes, les entorses, les douleurs dans les reins et le corps comme

si l'on avait été battu, et quand le lit semble trop dur. A la peau, il produit une dermatite aiguë.

Caractéristique :

Sensation de douleur et de meurtrissure dans tout le corps. Il semble que l'on a été roué de coups.

### Arsenicum album.

Irritation intense des muqueuses, brûlures violentes, vomissements, diarrhée avec grande prostration. La brûlure gagne tout le tube digestif. Grande altération; les traits sont tirés. Selles sanglantes accompagnées de ténesme.

Caractéristiques :

1° La périodicité;

2° La faiblesse et la prostration;

3° La malignité des symptômes;

4° Impossibilité de rester tranquille, angoisse;

5° Sensation de brûlure générale;

6° Douleurs pires pendant le repos et aggravées par le froid;

7° Soif inextinguible de petites quantités d'eau fréquemment répétées.

### Arum triphyllum.

Narines douloureuses et excoriées. Enrouement et sensibilité du larynx. Le contrôle de la voix fait défaut, son timbre change soudainement. Toux sèche que le malade redoute tellement elle lui fait mal.

### Asa fœtida.

Il produit sur le système nerveux, un état ressemblant à l'hystérie. Il agit aussi sur les os.

### Asarum.

Sensation comme si le corps était suspendu dans les airs; le bruit est intolérable. L'idée de toucher à de la soie

donne un frisson au malade. Personnes frileuses qui craignent toujours le froid.

### AURUM.

Agit sur le système glandulaire affectant spécialement le foie et les testicules. Il a aussi une action marquée sur les os, surtout ceux du palais dont il produit la carie ou sur lesquels il développe des exostoses. C'est un remède de valeur dans les affections des organes génitaux des deux sexes.

Caractéristiques :

1° Dégoût de la vie et désir de la mort avec tendance au suicide. Cette tendance est d'ailleurs seulement mentale et il est rare que le malade essaie de se détruire;

2° Désespoir et conscience d'être inutile ;

3° Le malade se croit damné.

### BAPTISIA TINCTORIA.

L'influence de ce remède est démontrée par ses effets sur le sang dans lequel il établit un processus de désorganisation avec tendance à la putrescence comme on l'observe dans les fièvres graves. Il produit une grande tendance à la prostration et des ulcérations des muqueuses.

### BARYTA CARBONICA.

Sa principale sphère d'action est l'atonie du système lymphatique avec hypertrophie des amygdales et ulcération chronique du système glandulaire.

### BELLADONNA.

Elle rend tous les sens plus aigus ou en cause la perversion, irrite et enflamme le cerveau d'où production de délire, hallucinations, manie, stupeur et insomnie. Elle a une action marquée sur la peau, les muqueuses et les glandes dont elle détermine la congestion et l'inflammation.

Caractéristiques :

1° Douleurs augmentant graduellement, diminuant soudainement et apparaissant d'un autre côté ;

2° Les points douloureux sont sensibles à la moindre pression, tandis qu'une solide pression est tolérée;

3° Peau chaude et rouge, figure congestionnée, pouls dur et plein, battements dans les carotides avec délire et hyperesthésie des sens.

4° Grande dilatation des pupilles, photophobie et yeux injectés ;

5° Elle affecte principalement le côté droit du corps.

BERBERIS VULGARIS.

Il agit principalement sur les reins, la vessie et le foie. Son emploi est indiqué surtout lorsque les symptômes rénaux et vésicaux sont prédominants. La région lombaire est très douloureuse, et les douleurs s'irradient dans toutes les directions.

BISMUTH.

Gastralgie purement nerveuse ; dès que la moindre nourriture arrive dans l'estomac, on vomit. Les boissons froides soulagent.

BORAX.

Caractéristiques :

1° Crainte de descendre ou de se baisser ;

2° Maladies de la bouche chez les nourrissons ;

3° Leucorrhée abondante claire et comme du blanc d'œuf.

BOVISTA.

Hémorrhagie du système capillaire : épistaxis ou ménorrhagie, quand le sang coule au moindre effort ; l'écoulement est plus fort la nuit ou au matin.

BROMUM.

Coryza avec écoulement abondant et aqueux, sensibi-

lité du nez, ulcères et croûtes sanguinolentes dans le nez.

Voix grave, enrouée, la toux résonne comme si le larynx était rempli de mucosités.

Constriction de la glotte qui empêche de respirer.

BRYONIA ALBA.

Ce médicament semble agir sur toutes les séreuses et sur les viscères qu'elles contiennent. Le caractère général de la douleur est une piqûre, une déchirure, pire dans le mouvement, soulagée par le repos. Les muqueuses sont tout à fait sèches. Il agit particulièrement sur les tissus synoviaux et musculaires, produisant des états arthritiques, des inflammations rhumatismales et des enflures. Il affecte spécialement le côté droit.

Caractéristiques :

1° Apathie allant de la simple langueur à la torpeur;

2° Soulagement par le repos et aggravation par le mouvement;

3° Douleurs de piqûres aiguës ;

4° Soulagement de tous les symptômes, à l'exception du mal de tête, par la chaleur;

5° Le siège de tout malaise ou irritation devient douloureux et sensible au toucher ;

6° Soif intense pour de grandes quantités d'eau froide à de longs intervalles.

CACTUS GRANDIFLORUS.

Constriction du cœur, comme s'il était saisi par une main de fer; douleurs aiguës au cœur ; hémoptysies dans les maladies de cœur.

CALADIUM.

Ejaculation sans érection. Suites d'excès vénériens.

CALCAREA CARBONICA.

Il cause une croissance défectueuse, de l'émaciation et

des troubles glandulaires. Il correspond aux affections scrofuleuses avec paresse du système nerveux, dentition retardée, etc.

Caractéristiques :

1° Obésité ;

2° Sueurs de la tête ;

3° Gros ventre, grosse tête, petit cou ;

4° Pieds froids ;

5° Vomissements acides ;

6° Diarrhée avec acidité de l'estomac pire le soir.

7° Respiration courte.

### Calcaera fluorica.

Il correspond au relâchement des fibres élastiques et sera trouvé très utile dans la dilatation des vaisseaux sanguins : varices, tumeurs érectiles, etc. Induration des glandes, défaut de nutrition des os, surtout des dents, exostoses.

### Calcarea phosphorica.

Utile dans la nutrition défectueuse, employé comme fortifiant après les maladies aiguës et dans les douleurs osseuses, au niveau des symphyses et sutures, il aide aussi à la formation du cal dans les fractures.

Caractéristiques :

1° Douleurs de tête auprès des sutures ;

2° Ventre mou et retombant ;

3° Coexistence d'affections de la poitrine et de fistule à l'anus ;

4° Défaut de consolidation des fractures.

### Camphora.

Le corps est froid comme de la glace, grande prostration, voix criarde ou enrouée, lèvre supérieure rétractée.

Langue, nez et oreilles froides, collapsus avec évacuations peu abondantes ou même absentes.

CANNABIS INDICA.

Il produit des hallucinations fort remarquables ; l'exagération de la durée du temps et de l'étendue des espaces sont les symptômes les plus caractéristiques. Il amoindrit la sensibilité des voies pulmonaires et urinaires.

CANNABIS SATIVA.

Uréthrite avec écoulement de pus, grande brûlure et sensibilité en urinant, gland rouge sombre et enflé. Il peut y avoir inflammation cordée. Il y a aussi contraction spasmodique du sphincter vésical en urinant.

CANTHARIS.

Elle agit surtout sur la muqueuse des voies génito-urinaires dont elle produit l'inflammation violente. Elle affecte également les muqueuses respiratoire et gastro-intestinale.

CAPSICUM ANNUUM.

Il a des propriétés très irritantes et affecte principalement les muqueuses, surtout celle du tube digestif. Il paraît convenir spécialement aux personnes à fibre lâche et faible.

CARBO ANIMALIS.

Hypertrophie du système glandulaire spécialement des seins, des testicules et des parotides. Atonie des muqueuses et indigestion.

CARBO VEGETABILIS.

Il produit la débilité des muqueuses, augmente leurs sécrétions qui sont d'une acreté excessive et détermine une grande accumulation de gaz dans l'estomac et les intestins. Le sang devient septique.

Caractéristiques :

1° Sécrétions irritantes ;

2° Putridité et chaleur brûlante ;

3° Refroidissement des jambes et des genoux ;

4° Circulation veineuse paresseuse avec tendance à la stagnation ;

5° Flatulence.

CAULOPHYLLUM THALICTROIDES.

Il agit surtout sur le tissu musculaire des organes de la génération chez les femmes et sur les petites articulations.

CAUSTICUM.

Il agit sur la moelle allongée et le nerf laryngé récurrent, causant la paralysie et le catarrhe du larynx et de la trachée. Il cause aussi la paralysie de différentes parties du corps.

Caractéristiques :

1° Toux soulagée en buvant de l'eau et s'accompagnant d'émission d'urine ;

2° Incontinence d'urine pendant le premier sommeil ;

3° Les règles ne durent qu'un jour ;

4° Aphonie paralytique ;

5° La défécation est plus facile étant debout ;

6° Enrouement le matin ;

7° Paralysies partielles.

CEDRON.

Névralgies qui reviennent avec une périodicité parfaite. Névralgie sus-orbitaire ou frissons d'origine paludéenne qui reviennent avec la régularité d'une horloge.

CHAMOMILLA VULGARIS.

Chamomille semble agir sur les nerfs sensitifs qui partent de la moelle épinière et produit un état d'hyperesthésie excessif. Cette exagération de la sensibilité

s'accompagne de l'état mental qui lui correspond, c'est-à-dire d'une irritabilité hargneuse. Il agit aussi beaucoup sur l'appareil digestif et convient particulièrement à beaucoup d'indispositions des enfants pendant la période d'éruption dentaire.

Caractéristiques :

1° Intolérance de la douleur, mauvaise humeur, caractère irritable, agitation et impatience. L'enfant demande à être porté et cajolé. Il demande des choses qu'il repousse aussitôt qu'il les a ;

2° Aggravation par la chaleur ;

3° Aggravation le soir et la nuit.

### CHELIDONIUM MAJUS.

Douleur à la pointe de l'omoplate droite. Les ailes du nez battent comme un éventail. On a un pied chaud et l'autre froid.

### CHINA

A petites doses il est stimulant, à fortes doses il déprime l'activité du système cérébro-spinal, d'où son homœopathicité aux états d'atonie. La faiblesse, et spécialement celle d'un vaisseau est quel qu'il soit, la sphère d'action générale de ce remède, la périodicité est aussi tout à fait caractéristique. Les bourdonnements d'oreilles avec surdité plus ou moins marquée, la diminution de la vue, les maux de tête et les vertiges sont aussi des symptômes auxquels on peut joindre l'affaiblissement du cœur et quelquefois une intoxication qui rappelle celle de l'alcool. L'anémie, la perte d'un fluide vital, la diarrhée pire la nuit ou après les repas indiquent ce remède. Les symptômes s'améliorent par la chaleur et dans une chambre chaude.

CICUTA VIROSA.

Spasmes, avec rigidité, yeux fixes, figure bleue, et écume à la bouche. Grande difficulté de respirer, opisthotonos et perte de connaissance. Les spasmes sont suivis d'un profond épuisement.

CINA.

C'est surtout un remède pour les enfants, et il correspond à beaucoup de malaises qui peuvent être rapportés à une irritation intestinale, telle que celle produite par la présence de vers etc. Il réussit bien chez ceux qui ont une figure maladive, pâle avec un cercle bleuâtre autour des yeux, avec grincements des dents dans la nuit, faim canine ou appétit capricieux. L'enfant met les doigts dans son nez et crie pendant son sommeil : secousses des mains et des pieds, urine laiteuse,

CISTUS CANADENSIS

Engorgement ganglionnaire très dur.

COCCULUS INDICUS.

De nombreux symptômes spasmodiques : crampes, etc... caractérisent ce remède. Affections parétiques, notamment d'une moitié du corps. Il produit un état analogue au mal de mer : nausées, défaillance, vertige, prostration.

COFFEA

Il produit de l'éréthisme nerveux, de l'exagération de la sensibilité. Tous les sens acquièrent une perception plus aiguë et les douleurs sont ressenties avec plus d'intensité.

Caractéristiques :

1° Grande excitation nerveuse, excitation de l'esprit et du corps;

2° Grande sensibilité à la douleur;

3° Insomnie par suite de l'excitation.

COLCHICUM AUTOMNALE.

Il affecte d'une façon marquée, le tissu musculaire, le périoste et les synoviales articulaires. Il semble plus actif dans les affections chroniques de ces parties du corps.

Caractéristiques :

1° Epuisement général de l'esprit et du corps ;

2° Grande prostration musculaire ;

3° Aggravation par l'effort et même par la pensée ;

4° Aggravation par le mouvement ;

5° Extrême aversion pour la nourriture, rien que l'idée de nourriture amène du dégoût et des nausées.

COLOCYNTHIS.

Il développe le plus de ses symptômes du côté de l'abdomen et de la tête où il produit de violentes névralgies. Les nerfs autour de la hanche sont aussi un centre d'action marqué pour lui.

Caractéristique :

Violente colique abdominale, à croire que l'on va mourir, soulagée en se pliant en deux et en appuyant quelque chose de dur sur le ventre.

COLLINSONIA.

Sensation d'aiguilles dans le rectum, constipation, prolapsus de l'utérus, hémorrhoïdes.

CONIUM MACULATUM

Il agit sur les nerfs moteurs et sur les vaso-moteurs, diminue graduellement la motilité pour arriver jusqu'à la paralysie. Il engourdit le cerveau et cause des vertiges avec pupilles dilatées et même avec des convulsions.

CROCUS SATIVUS.

1° Sensation de quelque chose de vivant et de remuant dans le ventre ;

2° Hémorrhagie utérine de sang noir et en caillots.

CROTATUS HORRIDUS.

Il cause une coloration jaunâtre de la peau par suite de la décomposition du sang.

CUPRUM METALLICUM.

Il cause des crampes, de la dyspnée, le refroidissement du corps, des convulsions, des coliques et de l'inflammation des intestins.

DIGITALIS PURPUREA.

Elle agit surtout sur l'organe de la circulation, et n'affecte que secondairement les autres parties du corps. Elle cause un accroissement très marqué de la tension artérielle et un pouls très lent et intermittent. Il y a de l'œdème et des hydropisies.

(*A suivre.*) *Traduit par le* Dr NIMIER.

---

## PATHOGÉNÉSIE DE L'ANTIPYRINE.

### I° *Empoisonnements*

1° RICKLIN (*Revue des sciences médicales*, t. XXV, p. 334, 1885). — Dans une revue sur l'antipyrine, il signale que les quelques expériences faites par Filehne et d'autres, sur des sujets en état d'apyrexie, démontrent que l'antipyrine détermine dans les circonstances physiologiques une légère élévation de la température corporelle. Toutefois, M. Argoutinski prétend qu'à doses moyennes et fortes, l'A. fait baisser la température vespérale des enfants non fébricitants.

Elle détermine quelquefois des vomissements sans gravité.

Chez quelques malades (Von Hoffer, Niepce) on a observé

des bourdonnements d'oreilles assez intenses pour nécessiter sa suppression temporaire ; quelques auteurs ont observé un érythème, se présentant sous formes de taches arrondies, de 0,5 à 2 millimètres de diamètre, papuleuses, d'une teinte rappelant la couleur du cinabre, palissant sous la pression du doigt. Ces taches confluaient aux coudes et aux genoux, pour former des plaques plus grandes. L'éruption était ordinairement plus confluente du côté des extenseurs, que des fléchisseurs aux membres, plus confluente au dos qu'à la poitrine et au ventre ; elle respectait la tête, la paume des mains et la plante des pieds.

2° Draper (*New-York. Acad. of med.*, 2 avril 1885). — Il a administé à fortes doses l'antipyrine à 20 malades atteints de fièvre typhoïde grave (15 ont guéri). Il a observé six fois un rash erythémateux semblable à la rougeole.

Dans la discussion qui a suivi, Boldt a rapporté que dans deux cas de septicémie puerpérale, l'antipyrine avait produit une prostration très marquée, demi comateuse, symptômes qu'il rapprochait de ceux qu'on a observé dans l'empoisonnement phéniqué.

3° Rapin (*Revue médic. de la Suisse Romande*, septembre 1884). — Quelques malades ont éprouvé une bouffée de chaleur subite à la tête, avec de légers bourdonnements d'oreilles.

4° Goetze (*Berliner klin Woch.*, 9 mars 1885). — Chez quelques sujets, l'A. a amené des sueurs assez profuses pour obliger à changer plusieurs fois, en quelques heures, la literie et le linge des malades. Il a observé deux cas de collapsus grave, avec chute thermométrique de près de 6 degrès (5 grammes chez un adulte typhoïdique, 2 gr. 50

chez un enfant érysipelateux). Il a vu survenir 5 cas d'exanthème médicamenteux ; 3 s'accompagnèrent d'une abondante desquamation furfuracée ; chez un quatrième, l'éruption, accompagnée de démangeaisons intolérables, qui entrainèrent des grattements, continua à se répandre sur tout le corps malgré la suppression de l'A., puis se transforma en un eczéma crouteux très persistant.

5° JACOUBOVITCH (*Ruskesia medic.* 1885). — L'A., à la dose de 3 à 4 grammes par jour chez des enfants bien portants et fébricitants, pendant trois ou quatre jours, abaisse la température, surtout chez les fébricitants. La quantité des urines diminue, sa densité augmente. Pendant la durée du traitement l'urée, l'acide urique les chlorures diminuent de quantité, pour augmenter quarante-huit heures après la cessation du médicament.

6° BARIÉ (*France médicale*, 8 déeembre 1885). — L'A., donné chez des malades atteints de fièvre typhoïde, a produit des sueurs profuses, avec état de faiblesse inquiétant. Un malade présenta après cette sudation excessive, une éruption scarlatiniforme, occupant la moitié inférieure du corps.

7° BLOMFIELD (*The practitioner*, avril 1886) — *a*) Un homme de 28 ans atteint de phtisie aiguë fébrile, avec souffle systolique à la pointe. L'A. est donné à la dose de 7 grains (0,45) puis progressivement de 12 grains (0,80) trois fois par jour. Au bout de treize jours de ce traitement apparut une éruption occupant symétriquement la partie antérieure des genoux ; cette éruption consistait en des taches érythémateuses, rouges, légèrement saillantes et disparaissant complètement à la pression. On

apercevait en outre ça et là quelques petites vésicules. Malgré la cessation du médicament, l'éruption s'étendit aux cuisses, aux jambes, puis à toute la surface du corps, en s'accentuant surtout du côté de l'extension. L'éruption s'accompagnait d'un prurit intense.

*b*) Un jockey de 36 ans, tuberculeux avec fièvre, fut soumis au traitement de la même manière que le précédent. Au bout de dix jours. survint une éruption tout à fait semblable à celle du malade précédent, mais sans vésicules ni prurit; elle ne s'étendit pas à la poitrine et au tronc, mais elle envahit la tête et les bras.

Dans les deux cas, on observa une légère desquamation furfuracée.

8° CATTANI (*Gaz. méd. Italiana-Lombardia*, 1886). — Comme effets nocifs, on peut noter : l'exanthème, qui est inoffensif; le collapsus, qui est exceptionnel; le vomissement, qui présente le plus d'inconvénients, parce que sa répétition fréquente peut obliger à suspendre l'*A*.

9° NENCKI (*Pizeglad-Lekarski*, 1885). — Chez les fièvreux, l'A. ralentit les échanges nutritifs, diminue l'excrétion de l'azote et des produits excrémentitiels azotés.

Pendant la période d'apyrexie consécutive à son administration, elle diminue considérablement la proportion des chlorures alcalins, même si le malade ingère une grande quantité de chlorure de sodium.

10° SECRÉTAN. (*Rev. méd. Suisse romande*, t. V et VI). — Chez 20 rhumatisants traités par l'A., on a observé dans quelques cas un exanthème généralisé, rubéoliforme, débutant par la face dorsale des membres, en premier lieu aux genoux et aux coudes, pâlissant au bout de 3 à 5 jours,

sans desquamer. Les papules commencent à se décolorer au centre, et deviennent circinées. Secrétan n'a jamais observé de collapsus.

Dans la discussion qui a suivie, Demiéville dit avoir observé un collapsus grave, suivi d'un état comateux, qui dura trois jours chez un malade ayant pris 3 grammes d'A. en deux fois dans l'espace de deux heures. Suchard a vu un collapsus suivi de mort chez un phtisique atteint de pleurésie, qui avait pris pendant la nuit la moitié d'une potion contenant 1 gr. 50 d'A.

11° ALB. ROBIN. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e série t. XVIII, n° 49). — Il résulte de ses expériences, que l'A. diminue toujours la quantité de l'urine chez les sujets sains. Dans les états aigus, la diminution est encore constante; il en est de même dans les états chroniques, le plus souvent, mais non toujours.

L'élimination des matériaux solides diminue chez les sujets sains de 10 p. 100 environ. Dans quelques affections aiguës, notamment dans la fièvre typhoïde, la diminution est plus marquée encore; dans les états chroniques, la diminution est constante, et atteint des chiffres beaucoup plus élevés que chez les sujets sains.

L'A. diminue l'urée d'une manière constante à l'état physiologique. Cette diminution peut varier de 21 à 33 p. 100 de la quantité d'urée initiale. Il en est de même dans la plupart des affections aiguës et dans toutes les affections chroniques.

Elle diminue aussi chez les sujets sains la quantité d'acide phosphorique.

12° MONOD. (*Trib. médic.*, 4 *mars* 1888). — Une femme de 55 ans, rhumatisante, prend 0,50 d'A. en solution;

trois minutes après, survient une forte crise d'éternuements, avec sensation de picotements à la gorge et dans les fosses nasales. Puis, se succèdent rapidement les symptômes suivants : sentiment de constriction au niveau de la glotte, aphonie absolue, hypersécrétion nasale, rougeur congestive de la face, larmoiement et injection des conjonctives, œdème des paupières, avec occlusion complète de l'œil droit ; œdème de la conjonctive oculaire du même côté ; malaise général. Ces accidents ont persisté deux heures.

13° Lahousse. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, août* 1887). — Il a dosé l'azote des urines et des selles chez un homme de 36 ans, en bonne santé.

De l'étude comparative des analyses quotidiennes pratiquées avant et après l'administration de l'A., il résulte que cette substance a diminué l'élimination de l'azote dans les excreta de 2 grammes, en moyenne, ou 13 p. 100.

14° Martino (*Boll. dei cult. di sc. méd. de Siena*, 1887). — Femme sujette à des migraines, prise après l'ingestion de 3 paquets de 0 gr. 15 d'A. d'une urticaire très intense. Ce fait se répéta plusieurs fois chez la même malade et l'exanthème apparaissait presqu'immédiatement après l'ingestion du médicament ; les injections sous-cutanées ne produisaient pas le même résultat.

15° Spitz (*Therap. Monats. n°* 9, 1887). — Il a prescrit, dans le cours d'une fièvre typhoïde légère, 9 grammes d'A. en une semaine à raison de 1 à 2 grammes par jours. Deux jours après la dernière dose, apparition sur tout le corps d'une éruption scarlatiniforme, suivie au 4e jour de desquamation, qui mit à nu des surfaces sécrétantes.

16° Jennings (*The Lancet,* 11 janv. 1890) (1). — *a*). Il y a deux ans j'ai fait une communication à l'Académie de médecine basée sur un cas de ma pratique, dans lequel des effets très désagréables avaient suivi l'administration de l'A. Je citais deux autres cas non publiés, qui m'avaient été racontés et trois cas publiés dans les périodiques anglais et américains. Dans les six cas, les symptômes notés furent les suivants : trois fois le gonflement des paupières fut tel que les yeux étaient presque fermés, et la figure si enflée que les traits étaient à peine reconnaissables. Une fois le gonflement était surtout localisé dans la gorge et faisait craindre l'asphyxie. Cinq fois il y avait une éruption quelconque, généralement erythème ou urticaire, avec démangeaison désagréable. Dans un cas, qui s'accompagnait d'urticaire, il y avait perte de la connaissance, qui revint rapidement après une injection d'atropine. Dans deux cas, on nota des bourdonnements d'oreilles. Dans deux autres, il y eut une douleur gastrique violente, suivi d'une gastro-entérite persistant pendant six semaines. Dans un cas il y eut un profond trouble mental, le malade étant dans la crainte de devenir fou; et l'équilibre cérébral ne revint entièrement qu'après quelques mois. Augmentation des sécrétions, surtout sous forme d'écoulement nasal et oculaire et de transpiration excessive; une fois la malade ressentait comme si elle était remplie de glace.

*b*) Ce que je désire montrer maintenant c'est que les symptômes attribués à l'influenza régnante sont très sou-

(1) Les sept observations suivantes sont traduites du *cyclopædia of drug pathogenesy*.

vent ceux qui sont attribués dans mon mémoire à des doses exagérées d'A., particulièrement le gonflement des yeux, l'urticaire, et les sécrétions augmentées, Le grand emploi de l'A. dans le traitement de cette maladie est bien connu. Dans un cas qui est venu à ma connaissance, je suis persuadé qu'elle a causé le décès. La malade, une dame âgée, s'était traitée elle-même. Les symptômes avaient consisté en toux ; éruption foncée de tout le corps, qui paraissait enflé ; transpiration profuse ; démangeaisons pénibles et urticaire, surtout entre les doigts, gonflement des paupières, qui étaient réduites à une simple fente ; et crainte de devenir folle. L'A. était prise depuis environ dix jours et était continuée, car la gravité des symptômes, qui s'accomgagnaient de douleurs dans les membres et de prostration, semblait démontrer la nécessité d'un traitement actif. Enfin, on appelle un médecin, qui fait cesser le médicament ; néanmoins le patient ne s'améliora pas et mourut deux jours après.

17° Ernst (*Pract.* févr. 1886). — Deux malades, un jeune garçon et une femme (de 10 et de 67 ans), furent pris d'une éruption après l'usage interne de l'A. L'éruption consisrait en petits boutons irrégulièrement arrondis, placés près les uns des autres et en quelques places confluents de sorte qu'ils formaient des plaques plus ou moins étendues, entre lesquelles la peau était normale, ce qui lui donnait un aspect marbré. Au bout de cinq jour, l'éruption commença à s'effacer et à présenter l'aspect d'une pigmentation brune ; chez la vieille femme il y avait quelques faibles apparences de desquamation. Les traces de l'éruption étaient encore visibles au bout de deux semaines. L'éruption était plus serrée sur le corps et aux extrémités ;

le côté des extenseurs était plus couvert que le côté des fléchisseurs. Chez le petit garçon, il y avait un peu d'œdème de la face, mais dans les deux cas il n'y eut pas d'éruption sur la tête et le cou; les paumes des mains et les plantes des pieds, n'étaient pas épargnés. Il y avait un peu de démangeaison chez la femme, mais le petit garçon ne s'en plaignait pas. L'éruption suivit son cours et disparut, bien que l'administration de l'A. n'ait pas été interrompue (1).

18° X. (*The Lancet*, 28 février 1883). — Une femme, 35 ans, souffrait d'un empoisonnement du sang, simulant une fièvre typhoïde. Le troisième jour de son séjour à l'hôpital, la température étant de 103,6 (39,8), le point le plus haut qui fut atteint, on donna à 3 heures de l'après midi 35 grains (2 gr. 25) d'A. et trois heures après la moitié de cette dose, à 6 heures, la température était à 98,4 (36,9), la malade était pâle et sans force, le pouls faible et rapide. La nuit fut sans sommeil, elle eut de la diarrhée et des vomissements, la peau était froide et moite. Le lendemain la température était à 98° (36,7); La malade mourut dans le collapsus à 11 heures; pendant la dernière demi-heure la température remonta à 100,6 (38,2).

19° TECZEK (*Practitioner*, juillet 1889). — Il rapporte le cas d'un petit garçon de 4 ans, d'une très forte santé, n'ayant jamais eu de convulsions, de rachitisme, ni de vers. Il était atteint de la coqueluche et depuis trois semaines prenant sans bénéfice marqué, 18 grains (1 gr.35)

(1) Le Dr Paul Ernst dit avoir observé trois autres cas exactement semblables.

par jour d'A., lorsqu'il fut pris d'une somnolence, qui avait été précédée de lassitude et de vomissements et qui dégénéra le lendemain en coma. Dans cet état il fut pris de graves symptômes moteurs; des attaques épileptiformes, tantôt complètes, avec convulsions générales se suivant en ordre régulier, tantôt incomplètes avec secousses partielles unilatérales; contractures musculaires; claquements de dents; jactation; respiration particulière ressemblant un peu à la respiration de Cheyne-Stokes; irrégularité du cœur et dilatation des pupilles. En même temps, éruption de tâches d'une couleur rouge scarlatineuse, température au dessous de la normale et pouls lent et tendu. Le troisième jour, la connaissance revint, les attaques diminuèrent et dès le quatrième jour ne reparurent pas. L'A. avait été cessée dès le début de ces accidents.

20° Lœwe. (*Practitioner*, juillet 1889). — Dans un usage très étendu d'A., dans le traitement de la coqueluche, il a réuni 3 cas où ce médicament a produit des accidents, même assez alarmants. Chez un enfant de 14 mois, état de grande excitation dès la première dose. Les quintes augmentèrent et s'accompagnèrent de vomissements; l'enfant criait continuellement et l'on croyait qu'il allait mourir; un traitement hydrothérapique le guérit de ces accidents; un second enfant, âgé de 6 mois, après la deuxième ou la troisième dose présenta de la cyanose et du collapsus qui disparurent par le même traitement hydrothérapique; pour se démontrer à lui-même que le médicament était bien la cause des accidents, Lœwe administra une dose lui-même et les accidents reparurent. Chez un troisième enfant, âgé de 2 ans, les quintes parurent être augmentées par l'A., au point

que l'emploi de cette drogue fut suivi de spasmes laryngés, de vomissements et de convulsions générales d'une grande gravité.

21° X... (*Brith. med. Journal*, 15 juin 1889). — On prescrivit à un homme de 50 ans, pour une sciatique 5 grains (0,35) trois fois par jour. La première et la seule dose fut prise à 11 h. 30. Il ressentit immédiatement une sensation de fourmillement et de brûlures dans les gencives, s'étendant rapidement à la gorge et au nez, s'accompagnant d'éternuements, d'écoulement des yeux et des narines, de vertige, de perte complète de la vue, sensation comme si des épingles sans nombre le piquaient des deux côtés du cou, constriction de la gorge et dyspnée. Les piqûres d'épingles s'étendirent rapidement au côté droit de la poitrine et de l'abdomen et furent particulièrement intenses du côté droit du scrotum et dans le testicule droit. Elles se ressentirent aussi dans les jambes et les pieds, fortement à droite, légèrement à gauche. Il eut ensuite la sensation que le contenu du thorax et de l'abdomen allait sortir au dehors à travers la gorge, et que le testicule droit allait pénétrer à travers l'abdomen, il tremblait violemment, et eut des crampes dans son bras et sa main droite. Son médecin arriva un quart d'heure après qu'il avait pris la dose, et le trouva assis dans une chaise se déclarant incapable de rester tranquille. Sa figure était d'un rouge foncé; son nez, ses lèvres et ses paupières étaient si enflés que ses traits étaient impossibles à reconnaître; il tremblait violemment les doigts de sa main droite étaient fermés en forme de griffe; le pouls à peine perceptible; les symptômes disparurent graduellement; et le lendemain sauf un mal de tête léger

et le manque d'appétit, il était revenu complètement à la santé.

22° BERRIDGE (*Hom. Phys.*, février 1890). — Une dame même sensible aux médicaments homœopathiques, prit 10 grains (0,86) pour un mal de tête à 6 heures du soir. En cinq minutes, elle fut prise d'une sensation de fourmillement et de brûlure dans les parties supérieures de la bouche, à l'intérieur des narines, et au palais, comme après du poivre de cayenne; cette sensation fut immédiatement suivie du désir irréalisable d'éternuer; de l'eau claire et liquide s'écoulent des deux narines. Ces symptômes disparurent aussi vite qu'ils étaient venus et furent immédiatement remplacés par une sensation de sécheresse et de brûlure dans ce côté gauche de la gorge, avec gonflement immédiat et perte absolue de la voix pendant un moment. L'aphonie s'accompagna bientôt d'enrouement, avec toux fréquente et expectoration qui semblait venir du fond de la gorge et du nez. Avec ces symptômes il y avait une petite masse épaisse d'environ un pouce dans la joue gauche, juste au niveau des dents supérieures. La tête était parfaitement libre, mais il y avait une grande anxiété nerveuse; tremblement des membres et faiblesse en marchant. Ces symptômes continuèrent jusqu'à dix heures, où le gonflement de la gorge fut soulagé par le sommeil et des boissons chaudes; mais l'enrouement persistait sans changement. A 3 heures du matin, après un autre sommeil, le gonflement de la gorge avait complètement disparu, mais la même sensation de fourmillement et de brûlure se ressentait dans le vagin; il y avait aussi des douleurs nerveuses dans tout le corps. Elle sent aussi à ce moment deux défaillances, avec sensa-

tion d'arrêt du cœur; en même temps battements dans tout le corps, froid des mains et des pieds, frissonnement nerveux sans frisson. Après avoir pris un peu d'eau-de-vie et d'eau, elle s'endormit de nouveau et à 7 heures, tous les symptômes avaient disparu sauf l'enrouement et la faiblesse. La grosseur de la bouche, disparut en demi heure. Pendant les premiers symptômes, le coin gauche de la bouche avait une tendance à être tiré en bas. Pendant le jour, l'enrouement persiste, avec les défaillances; émission fréquente d'urine claire et abondante; langue blanche. Elle eut un peu de délire dans son sommeil la nuit suivante, voyant des figures. Le lendemain, elle se regarda la gorge dans un miroir et la trouva blanche, avec l'amygdale gauche enflammée et enflée. (La Belladonne enleva les symptômes restants, bien que la faiblesse persista quelques jours).

23° Brandenberg. (*Allg. h. Zeit.*, 1889, n° 12). — Dans un cas de rhumatisme articulaire dans lequel le salicylate de soude n'était pas bien supporté, B. prescrivit 1 gramme d'A.; cinq minutes après, douleur dans les dents, avec mal de tête; douleur derrière les deux oreilles, ayant un caractère déchirant. Les symptômes diminuèrent graduellement, mais l'odontalgie persista quatre heures. Le malade prit alors 1/2 gramme et les symptômes revinrent.

Dr Marc Jousset.

*La suite au prochain numéro.*

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 5 octobre. — De la transmissibilité des oreillons au chien.* — M. Laveran fait un rapport sur une observation du Dr Busquet, qui, ayant été atteint d'oreillons, vit son chien, un lévrier russe, pris de la même maladie quelques jours après. Le chien présenta de la fièvre et un engorgement très net de la parotide droite. A gauche, il n'y eut d'engorgement à aucun moment. L'examen de la salive du chien et son ensemencement sur gélose révélèrent la présence de diplostreptocoques. M. Busquet pense que son chien, qui a la mauvaise habitude de lécher les crachats, a été contagionné par lui. Déjà d'autres cas d'oreillons ont été signalés chez des chiens. Malgré cela, n'étant pas encore parvenu à contagionner des chiens, et les vétérinaires membres de l'Académie n'ayant jamais observé d'oreillons chez les chiens, M. Laveran n'admet pas que les oreillons soient transmissibles de l'homme au chien, et il demande que de nouvelles recherches soient faites.

*Sur le rôle pathogénique des poussières.* — Sous ce nom, M. Kelsch lit en son nom et au nom de M. Simonin un mémoire, dont voici les conclusions :

Les observations et les recherches expérimentales qui font l'objet de cette note viennent s'ajouter à celles déjà nombreuses du même genre, qui ont été publiées dans ces

dernières années. Elles contribuent à montrer que le sol de nos habitations recèle des causes d'infection aussi puissantes que l'eau de boisson. En réalité, en dehors de la fièvre typhoïde et du choléra, qui se transmettent si souvent par ce dernier véhicule, la plupart des autres maladies communes, telles que les fièvres éruptives, la diphtérie, la pneumonie et surtout la tuberculose naissent presque toujours de germes conservés dans les poussières, quand elles ne reconnaissent pas pour origine la contagion plus ou moins directe.

Cette proposition est surtout applicable aux habitations des collectivités, aux établissement d'instruction publique, aux ateliers, aux hôpitaux, aux casernes enfin, qui offrent à l'observateur attentif, pour apprécier le rôle des poussières dans la génèse des maladies infectieuses, des occasions qui ont la précision d'une expérience scientifique. Le danger d'explosion des maladies infectieuses est permanent dans ces milieux; ce n'est pas une exagération d'avancer qu'on s'y meut sur un vaste champ de culture microbienne qui s'ensemence incessamment de tous les germes qu'y dépose le mouvement des masses, et que ce foyer de pullulation d'infiniment petits qu'on appelle l'entrevons est toujours prêt à rendre au centuple ce qu'il a reçu des groupes qui se pressent à sa surface.

Cette notion, devenue banale dans l'épidémiologie militaire, a amené le commandement à prendre des mesures multiples telles que : la réfection des planchers que leur vétusté et leur longue imprégnation microbienne rendent plus particulièrement dangereux, la suppression, aussi radicale que possible, des entrevons, enfin l'imperméabilisation des planchers par des substances à la fois oblitérantes et désinfectantes comme le coaltar.

M. Laveran ne croit pas que la coaltarisation des planchers soit un procédé très sûr de désinfection, et pour lui, il a la conviction que le seul moyen d'assainir les planchers est de les supprimer et de les remplacer par un revêtement imperméable facile à nettoyer avec un linge mouillé, et à désinfecter.

*Séance du 12 octobre.* — *Sur l'appréciation des résultats obtenus par la vaccination et la revaccination.* — En réponse à un vœu émis par la Commission permanente de vaccine de la Loire-Inférieure, relativement à l'appréciation des résultats obtenus par la vaccination et la revaccination, M. Hervieu propose de faire la réponse suivante.

« La question des succès ou des insuccès de l'inoculation vaccinale présente des différences très grandes, suivant qu'on l'envisage au point de vue de la vaccination ou de la revaccination.

Au point de vue de la vaccination, c'est-à-dire chez un sujet vierge de toute vaccination antérieure, il y aura succès toutes les fois que, arrivé à l'époque dite de sa maturité, le bouton vaccinal présentera ses caractères classiques : forme aplatie, ombiliquée, aspect nacré et bourrelet circulaire, entouré d'une auréole plus ou moins rouge et luisante.

Toute éruption ne présentant pas ces caractères, dans le courant des jours qui suivent une première inoculation, doit être considérée comme insuccès, ou tout au moins comme succès douteux. A plus forte raison, récusera-t-on les vaccines sans éruption, *vaccinae sine vaccinis*, bien que Sydenham et d'autres auteurs recommandables aient admis des vaccines frustes.

Il en est tout autrement des revaccinations. Toute érup-

tion qui se sera produite aux différents points d'insertion, sous la forme d'un vésicule ou d'un simple bouton, ou d'une papule se rapprochant par son apparence de la papule classique devra être considérée comme succès. »

*La cirrhose des buveurs et le plâtrage des vins.* — (Discussion de la communication faite à ce sujet par M. Lancereaux).

M. Vallin n'admet pas que la cirrhose du foie soit la caractéristique d'excès de vin comme le veut M. Lancereaux et que, dans le vin, ce soient les sulfates qu'y introduisent le platrage qui soient cause des lésions du foie. Il fait remarquer qu'en faisant excès de vin on fait forcément excès d'alcool et que les gens qui boivent trop de vin font généralement en même temps abus d'alcool sous forme de petits verres. Il regrette en outre que M. Lancereaux n'ait pas communiqué à l'Académie plus de détails sur les expériences qu'il a entreprises sur des animaux auxquels il faisait absorber du bisulfate de potasse avec leurs aliments et il conclut que cette action du bisulfate de potasse sur la cirrhose vinique n'est qu'une hypothèse.

M. Lancereaux maintient son opinion que l'alcool produit la stéatose et non la cirrhose du foie et présente à l'Académie des coupes de foie d'animaux ayant absorbé du bisulfate de potasse pendant plusieurs mois. Ces coupes présentent tous les caractères de la cirrhose biveineuse, qui est la cirrhose du buveur de vin.

M. Vallin répond que les animaux dont on lui présente les pièces histologiques ont pris pendant très longtemps des doses énormes de bisulfate de potasse, ne correspondant nullement à ce qu'en absorbe l'homme adonné

aux excès de vin et qu'il persiste dans son opinion que c'est l'alcool dilué du vin qui rend les buveurs de vin cirrhotiques.

M. Lancereaux, fait remarquer à l'appui de son opinion que dans les pays où l'on ne boit que de l'alcool comme dans le Nord de l'Europe et dans un grand nombre de colonies la cirrhose hépatique est inconnu.

*Séance du* 19 *octobre. — Appendicite herniaire.* — On a déjà rencontré dans des sacs herniaires les organes les plus divers de l'abdomen, mais le cas qu'a observé M. Bœckel de Strasbourg semble presque unique dans les annales de la science. Il s'agit d'une hernie de la grosseur du poing, irréductible qu'il fut obligé d'ouvrir parce qu'elle présentait des symptômes d'étranglement. Dans le sac il rencontra le cœcum et l'appendice iléo-cœcal qui présentait de l'appendicite et une perforation. L'appendice fut réséqué et comme le cœcum était en voie de mortification, M. Bœckel pratiqua un anus artificiel temporaire à l'occlusion duquel il procéda avec un plein succès trois semaines plus tard.

*La cirrhose des buveurs et le platrage des vins.* — Suite de la discussion).

M. Laborde dans un discours très humoristique combat l'opinion de M. Lancereaux. Il trouve que la démonstration clinique de ce dernier manque de base : le sujet véritablement approprié en ce qui concerne le vin, fait défaut; il n'y a pas de buveur exclusif de vin dans les grandes villes ni même maintenant à la campagne. Le buveur de vin est mixte, et boit toujours de l'alcool ou des boissons avec essences.

Quant au buveur d'alcool pur, on le trouve facilement, en Amérique par exemple où le wisky produit tant de ravage. Eh bien, la cirrhose hépatique est fréquente chez ces intoxiqués, et on rencontre même souvent chez eux de la cirrhose cérébrale sur laquelle l'attention n'a pas été suffisamment attirée.

Pour bien fixer cette question, il faut en demander la solution à l'expérimentation sur les animaux : mettre un lot d'animaux à l'usage exclusif du vin d'un côté et de l'autre un deuxième lot à l'usage exclusif de l'alcool. M. Laborde a déjà étudié l'action de l'alcool et de certains apéritifs chez les chiens et il a constaté chez eux des lésions hépatiques mais il n'a pas étudié ces altérations au point de vue tout particulier de la cirrhose. Ces expériences sont donc à reprendre.

M. Lancereaux maintient qu'il y a certaines catégories de personnes comme les tonneliers, les charretiers, les porteurs aux halles qui, spécialement adonnées au vin en boivent 3 ou 4 litres par jour et que tous ses malades cirrhotiques ont reconnu au moins cette quantité. D'un autre côté, si en Bourgogne on ne trouve que peu de cirrhose cela tient à ce que le vin qu'on y boit y est moins travaillé et n'y est pas plâtré.

Il est d'ailleurs facile de différencier les phénomènes toxiques liés aux excès de vin, de ceux qui relèvent des eaux-de-vie ou des essences.

L'intoxication que produit le vin se distingue particulièrement par des désordres de l'estomac et du foie, la rougeur de la face et le tremblement des membres.

Celle qu'engendre l'alcool a pour principaux caractères la pâleur des téguments l'analgésie des extrémités, des rêves et des cauchemars nocturnes.

Celle que déterminent les boissons avec essences se traduit surtout par des hypéresthésies et des paralysies.

M. Vallin, comme M. Lancereaux regrette que la tolérance pour le plâtrage des vins n'ait pas pu être abaissée au-dessous de deux grammes, mais il persiste à croire que le plâtrage n'est pas le seul coupable dans la cirrhose. Il fait remarquer à M. Lancereaux qu'il a eu tort de s'appuyer sur l'opinion de Magnus Huss pour affirmer la rareté de la cirrhose du foie chez les individus adonnés aux boissons alcooliques.

Magnus Huss a dit précisément tout le contraire. Il faut donc, dit M. Vallin, ne pas avoir de parti pris sur cette question qui ne semble pas suffisamment mûre et multiplier les expériences qui seules permettront de la résoudre définitivement.

*Séance du 20 octobre*. Cette séance est consacrée à la lecture de rapports pour différents prix.

D[r] G. Nimier.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Paralysies transitoires d'origine cardiaque. — II. Ascite chyliforme au cours d'un cancer de l'estomac. — III. Un cas d'ulcère gastrique avec dégénérescence cancéreuse au début. Pylorectomie ; guérison. — IV. De l'œdème segmentaire. — V. Thrombose spontanée de la veine porte et de ses racines périphériques ; lésions consécutives graves d'une anse intestinale ; péritonite aigue. — VI. Sténose pylorique; gastro-entéro-anastomose. — VII. Aortite aigue, compliquant un érysipèle de la face. — VIII. La bradydiastolie.

### I

(*Séance du* 8 *octobre*). — M. Achard a observé deux cas de *paralysie transitoire* dans le cours de maladies du cœur. Il y a lieu d'opposer ces accidents passagers aux hémiplégies permanentes causées par une embolie ou une hémorrhagie cérébrale dans les mêmes affections ; ces paralysies transitoires paraissent rares ; elles ont cependant déjà été signalées par quelques auteurs et C. Paul, dans son traité des maladies du cœur, cite le cas d'une femme de soixante-quatre ans, atteinte de myocardite chronique, qui, à la suite d'un effort, fit devant lui une hémiplégie droite complète avec troubles de la sensibilité. L'anesthésie persista trois quarts d'heures. La paralysie disparut au bout de quatre heures.

Voici l'histoire résumée des deux malades de M. Achard.

La première, une femme de 64 ans, atteinte d'une affection mitrale ancienne, ayant déjà eu plusieurs crises d'asystolie entre dans son service en pleine crise asystolique.

Trois semaines après son entrée, le 30 juillet, ayant eu une discussion avec sa fille, elle présenta une paralysie faciale du côté droit, portant sur le facial inférieur, sans participation de l'orbiculaire. Cette paralysie persista quelques jours et avait presque complétement disparu le 3 août.

Le 19 août, nouvelle paralysie peu intense : parésie faciale à gauche et parésie du membre supérieur gauche.

Mort le 21 août ; à l'autopsie, aucune lésion en foyer dans le cerveau ; œdème sous méningé considérable ; piqueté hémorrhagique par place surtout au niveau des 2e et 3e frontales gauches et au niveau du pied de ces circonvolutions.

La seconde malade est une jeune femme de 35 ans, atteinte d'un rétrécissement mitral pur, en période de compensation, qui, sans aucune raison, est prise d'une paralysie faciale complète gauche intéressant le facial supérieur et le facial inférieur, s'accompagnant d'une paralysie du moteur oculaire externe ; les membres du côté opposé sont paralysés au début. C'est une paralysie alterne. Tout ces symptômes allèrent en diminuant et avaient disparu au bout de neuf à dix jours. L'absence de troubles de la sensibilité et de stigmates élimine absolument une paralysie hystérique.

Pour expliquer ces paralysies transitoires, M. Achard les rapproche de celles que l'on observe dans l'urémie et dans la toxémie hépatique ; et dans tous ces cas, il pense qu'on peut attribuer ces accidents à des troubles circulatoires et à des phénomènes toxiques.

II

M. Hirtz a eu dans son service une femme de 57 ans

atteinte d'un cancer de l'estomac, compliqué d'ascite ; la ponction de cette ascite donna issue à 8 litres d'un liquide chyliforme, présentant au microscope de nombreuses granulations graisseuses, des globules blancs et des globules rouges.

La malade mourut assez rapidement et l'on trouva à l'autopsie une énorme masse cancéreuse occupant la face postérieure de l'estomac, le pancréas et la masse ganglionnaire rétro-stomacale. Sans qu'on ait pu s'en rendre compte d'une façon complète, il a paru évident que le canal thoracique était comprimé et détruit par la masse cancéreuse, ce qui arrêtant le cours de la lymphe expliquait facilement le mode de formation de l'épanchement chyliforme.

Les observations antérieures d'ascite chyliforme peuvent être divisées en trois groupes au point de vue étiologique.

Dans le premier groupe — se range l'ascite chyleuse réellement mécanique, c'est-à-dire celle dans laquelle il existe une lésion ulcérative ou compressive, soit du canal thoracique, soit des chylifères. Dans l'immense majorité des cas, ces lésions ulcératives ou compressives sont dues à la tuberculose ou au cancer. L'épanchement chyleux résulte alors du passage direct du chyle en nature dans la cavité péritonéale, et l'irruption chyleuse se fait soit par franche solution de continuité, — soit par transsudation à travers les parois vasculaires.

Dans le second groupe, il n'y a pas de lésions anatomiques constatées des canaux chylifères.

Mais il y a lésion du péritoine — soit tuberculose, soit cancer — dans la plupart des cas, et l'ascite résultant de

cette lésion péritonéale subit une désintégration amenant la production de la graisse.

Dans le troisième groupe, enfin, il n'y a ni lésion des chylifères, ni lésion du péritoine. L'épanchement chyliforme semble être alors sous la dépendance d'une dyscrasie particulière amenée par des causes multiples. Parmi ces causes, nous citerons, parmi les plus fréquemment observées, la néphrite, les cachexies diverses amenées par des maladies infectieuses, la cirrhose atrophique, etc.

III

(*Séance du* 15 *octobre*). — M. Chaput communique l'observation d'un malade observé dans le service de M. Mathieu. Ce malade, âgé de 51 ans, commence à souffrir de l'estomac en 1895, puis se mit à vomir presque chaque nuit. Il entre à Andral en février 1896 : l'estomac est distendu, on ne sent pas de tumeur, le suc gastrique est hyperchlorydrique; le régime lacté, les lavages et le gavage améliore le malade qui sort le 7 avril, il rentre le 13 mai, à cause du retour des accidents; l'analyse du suc gastrique indique de l'hypochlorhydrie. Les lavages de l'estomac suppriment les vomissements, mais laissent persister les douleurs; en outre, les lavages évacuent chaque jour, à jeun, une quantité considérable de liquide infect qui indique l'existence d'un rétrécissement du pylore.

Le malade est envoyé à Bicêtre, à M. Chaput qui l'opère le 18 juillet 1896.

Il constate la présence d'un anneau néoplasique large de 5 centimètres environ, occupant le pylore. Il pratique la pylorectomie, ferme en cul-de-sac le duodenum et l'estomac, et anastomose de l'estomac avec le jejunum.

Le malade guérit très rapidement et le 16 octobre il avait engraissé de 9 kil. 500.

Depuis ce jour sa santé est parfaite.

L'examen de la tumeur enlevée à montré qu'il s'agissait d'un cancer épithélial paraissant développé au niveau d'un ulcère simple.

Cette observation est démonstrative de la thèse soutenue par M. Mathieu relativement à la transformation possible des ulcères gastriques en cancers.

## IV

M. Debove présente une malade atteinte d'une variété toute particulière d'œdème, auquel il propose de donner le nom d'*œdème segmentaire*.

C'est une femme de 22 ans, n'ayant aucun antécédent pathologique à signaler. Il y a neuf mois, elle éprouva une sensation de lassitude, mais non une véritable douleur dans les membres inférieurs. Puis une tuméfaction se manifesta vers le genou droit et envahit successivement le mollet, la cuisse et la jambe droite.

Il y a quatre mois, le membre inférieur gauche se tuméfia à son tour, mais son volume a toujours été notablement inférieur à celui du membre droit. Il y a deux mois environ que les choses sont dans l'état actuel.

Aujourd'hui on constate que l'œdème occupe les deux membres inférieurs, qu'il est plus marqué à droite, qu'il est considérable, qu'il est segmentaire.

L'œdème est considérable, car la partie moyenne de la cuisse droite a 75 centimètres de circonférence et le mollet 63 centimètres.

L'œdème est segmentaire et c'est un caractère sur lequel

il faut insister. On doit entendre par là que chaque segment du membre est affecté isolément. On ne voit pas cette tuméfaction en masse qui s'observe dans les œdèmes, dépendant d'une lésion du cœur, des vaisseaux ou du rein. L'œdème de la cuisse n'envahit ni les organes sexuels ni la fesse, il commence nettement au pli fessier. En bas, il s'arrête au creux proplité ou plus exactement il est incomparablement moins accentué dans cette région. L'œdème de la jambe est nettement limité par le creux poplité et par l'articulation tibio-tarsienne. L'œdème du pied est limité à sa face dorsale; ses bords, sa face plantaire et les orteils sont indemnes.

La peau ne présente aucune altération spéciale, elle est lisse, fine, transparente comme toute peau distendue par l'œdème. Elle ne présente aucun trouble particulier de calorification, aucune altération notable de sensibilité. Piquée, elle laisse écouler une certaine quantité de sérosité. On n'aperçoit à sa surface aucun réseau indiquant une gêne de la circulation veineuse ou lymphatique. Il n'y a point de tuméfaction ganglionnaire.

La motilité est intacte et ce n'est pas sans étonnement qu'on voit marcher avec agilité, une malade atteinte d'une pareille déformation. Ceci doit tenir certainement en grande partie à ce que les jointures sont libres, c'est-à-dire qu'il y a pas ou peu de tuméfaction à leur niveau.

La malade a un rétrécissement mitral bien compensé, ne donnant lieu à aucun trouble. L'urine n'est pas albumineuse, elle est plutôt abondante, 1.700 grammes par jour et même pendant quelques jours il y a eu de la polyurie (3 litres).

M. Debove dit qu'il lui paraît impossible de fixer la pathogénie de cet œdème tout particulier.

Cette disposition segmentaire, rappelant une disposition analogue de certaines paralysies hystériques pourrait faire penser à un œdème névropathique, mais il n'y a aucun autre symptôme hystérique.

L'absence de toute altération cutanée empêche de rapprocher cet œdème de l'éléphantiasis.

MM. Mathieu et Joffroy rapportent quelques exemples analogues mais sans oser se prononcer au point de vue pathogénique.

V

(*Séance du 22 octobre*). — M. Barth apporte à la société les pièces anatomiques d'un malade qui vient de succomber dans son service et dont nous pouvons résumer l'observation en quelques lignes :

Homme de 47 ans, alcoolique, ayant eu quatorze ans auparavant une phlébite double des membres inférieurs qui a guéri sans laisser de traces.

Il entre le 13 octobre ; depuis treize jours crises de coliques sèches, violentes, avec nausées et vomissements; le médecin de la ville et Barth ont pris pour des coliques hépatiques ces douleurs qui continuent après son entrée à l'hôpital. Brusquement le 17 octobre, symptômes de péritonite aiguë : météorisme, hoquets, vomissements porracés, fièvre, pouls filiforme, suppression des selles. Mort le 18 dans le collapsus.

A l'autopsie, lésions de péritonite aiguë ; une anse intestinale, située à la partie moyenne du jéjunum est d'un rouge violacé presque noirâtre, rappelant l'aspect d'un intestin étranglé ; il n'y a cependant ni torsion, ni étranglement; les veines de l'intestin et celles du mésentère sont thrombosées, il en est de même des veines mesa-

raïques et du tronc de la veine porte qui est rempli par un caillot plus ancien.

Il existe six observations analogues avec autopsies.

## VI

M. Chauffard présente de nouveau un malade qu'il a déjà montré dans la séance du 9 juillet dernier. Il s'agissait d'un jeune homme. atteint, depuis un an environ, de rétrécissement du pylore avec vaste dilation gastrique, grands vomissements et crises douloureuses; l'amaigrissement était très prononcé, le poids du corps était tombé à 44 kil. 700.

La gastro-entéro-anastomose a été pratiquée par M. Quenu, le 21 juillet dernier, avec les meilleures suites. Voici les poids successifs du malade.

| | |
|---|---|
| 12 août . . . . . | 46 kilogrammes. |
| 28 août . . . . . | 48 — |
| 13 octobre . . . . | 52 — |

Il a donc gagné 15 livres; les vomissements et les douleurs d'estomac ont complètement cessé.

## VII

M. Thoinot a observé à l'hôpital une femme de 53 ans, entrée pour une rechute d'érysipèle de la face, qui présenta au déclin de son érysipèle de la dyspnée angoissante, sans signes stétoscopiques pulmonaires, avec un souffle voilé au second bruit le long du bord droit du sternum. Après une amélioration passagère et un séjour au Vésinet, retour de la dyspnée avec légères traces d'albumine, œdème très léger des malléoles et douleurs lancinantes dans la région sternale ; les jours qui suivent la

seconde entrée les symptômes s'aggravent : augmentation de l'albumine et de l'œdème ; diminution des urines ; arythmie cardiaque ; enfin l'urine se supprime, la face se cyanose et la malade meurt.

L'autopsie montra du côté de l'aorte des lésions anciennes d'athérome et des lésions récentes d'aortite aiguë : dépôts fibrineux, arrondis, de couleur jaune ambre, d'étendue variable.

L'examen histologique confirme l'existence d'une aortite aiguë.

## VIII

M. Huchard a déjà signalé autrefois une modification du rythme cardiaque qu'il appelle la bradydiastolie et sur laquelle il veut revenir car c'est pour lui un très bon élément du pronostic.

Sous le nom de bradydiastolie, M. Huchard décrit le rythme cardiaque suivant : les deux bruits sont très rapprochés, le petit silence a une durée considérablemen diminuée ; par contre le grand silence est beaucoup plus long qu'à l'état normal ; en outre, les bruits du cœur, surtout le premier, présentent un caractère de brusquerie très nette.

C'est surtout dans les intoxications digitaliques et au cours de l'asystolie que l'apparition de la bradydiastolie assombrit beaucoup le pronostic et est presque toujours le signe avant coureur d'une mort prochaine.

D^r Marc Jousset.

---

# REVUE DES JOURNAUX

## LES INOCULATIONS ANTICHOLÉRIQUES A CALCUTTA.

Le Dr Mahendra lal Sircar a publié un article sur ce sujet dans le *Calcutta Journal of médecine*.

D'après le rapport officiel du Dr Simpson les inoculations du Dr Haffkine ont été faites dans 75 maisons à Calcutta, dans une à Shibpore et dans un steamer appelé *majestic*, parmi une population de 1.237 personnes. Sur ce nombre 413 furent inoculés et 824 ne le furent pas.

Parmi les 413 personnes inoculées, il y a eu 13 cas de choléra avec 12 décès, et parmi les 824 non inoculés 88 cas avec 77 décès.

Le Dr Simpson classe les cas inoculés en 3 groupes :

1° Dans les habitations où le choléra survint dans les 4 premiers jours de l'inoculation : 167 individus non inoculés présentent 9 cas dont 3 guérissent et 6 meurent (3,59 p. 100), 259 personnes inoculées ont 5 morts (1,93 p. 100) et 1 cas qui guérit.

2° Dans les maisons où le choléra survint dans les 12 mois de l'inoculation, il y eut : 502 personnes non inoculées, 42 morts (8.47 p. 100) et 5 cas se terminant par la guérison, et 269 personnes inoculées avec un cas de mort (0.37 p. 100).

3° Dans les maisons où le choléra apparut plus d'un an après les inoculations, il y eut 238 non inoculés avec

23 morts (9,66 p. 100) et 3 cas de guérisons et 96 inoculés avec 6 morts (6,25 p. 100).

Et le Dr Simpson fait la somme et trouve que sur 654 personnes non inoculées il y a 71 décès (10,86 p. 100) et sur 402 inoculés 12 morts (2,99 p. 100).

Il conclut à l'efficacité des vaccinations Haffkine.

Le Dr Mahendra lal Sircar remarque que les totaux ne correspondent pas aux chiffres partiels ; que si dans 65 des 77 maisons signalées il ne s'est présenté aucun cas de choléra parmi les personnes inoculées, dans 9 maisons, au contraire, le choléra a atteint justement les seules personnes vaccinées.

Il y a donc lieu de ne pas se prononcer encore sur la valeur de ces inoculations (*Journal belge d'homœopathie* sept. oct. 97).

---

## UN EFFET D'APIS.

Une piqure d'abeille produisait au bout d'un quart d'heure, en même temps qu'une turgescence de la face, une éruption vésiculeuse sur tout le corps avec prurit intense (*Hom. World*).

---

## TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PAR L'ÉLONGATION VRAIE DE LA MOELLE.

MM. Gilles de la Tourette et Chipault rapportent que, tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insuffisante de la moelle épinière, sa flexion sur un sujet assis, les jambes étendues, produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant

presque toute son action sur ses parties postérieures au niveau des premières paires lombaires.

Pour obtenir cette flexion, Gilles de la Tourette et Chipault se servent d'un appareil spécial qu'ils ont fait construire; la force à employer pour obtenir le degré de flexion nécessaire est en moyenne de 70 kilogrammes, mais le maximum de flexion ne peut être obtenu dès la première séance. La durée moyenne d'une séance oscille entre huit et douze minutes.

Aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon génée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

47 ataxiques ont été soumis à ce mode de traitement; il s'agissait de malades parvenus à la deuxième période de leur mal, en voie d'incoordination, chez lesquels l'affection se révélait par son cortège habituel de symptômes.

Chez ces malades, la flexion du rachis constitue la meilleure méthode thérapeutique, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques. En effet, 22 malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes. Cette amélioration a porté en premier lieu et surtout, sur l'ensemble des phénomènes douloureux; crises à caractère fulgurant, troubles de la sensibilité. En second lieu, les malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport aux troubles urinaires, la rétention en particulier. Enfin la flexion a eu une action presque complètement favorable sur l'impuissance. Dans tous les cas les symptômes oculaires ou bulbaires n'ont été que très médiocrement modifiés.

A côté de ces 22 cas, 15 autres ont retiré du traitement

des bénéfices analogues mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement des symptômes.

10 malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration.

Aucun malade n'a subi moins de 15 à 20 séances de flexion. L'amélioration s'est montrée généralement vers la dixième ou quinzième séance, à partir du moment où la traction maximum avait été tolérée. On doit faire une séance tous les deux jours (*Revue des sciences médicales*, 15 octobre).

---

UN CAS DE MORSURE DE SERPENT GUÉRI PAR LE SÉRUM ANTI-VENIMEUX.

Une enfant de 13 ans est piqué à l'avant-bras, le 7 octobre 1896, à Ghizeh, près du Caire, par un serpent cobra; en quelques instants elle perd connaissance. Le barbier de l'endroit lui pratiqua instantanément quelques incisions sur le bras et l'avant-bras et la pansa avec du limon du Nil. On la conduit à l'hôpital quatre heures après l'accident. Elle est comateuse, anesthésique, sans réflexes patellaires ni pupillaires, le pouls incomptable et insensible, la température basse. On lui injecte 20 centimètres cubes de sérum anti-venimeux de Calmette qu'elle ne sent pas. Quatre heures plus tard, se dessine une légère amélioration, le pouls est à 140, plus résistant, la chaleur est revenue; l'enfant peut répondre à quelques questions. Nouvelle injection de 18 centimètres cubes de sérum. Nuit passable. Le lendemain, 8 octobre, le coma a disparu, et le pouls se relève. Le danger est conjuré. Les jours suivants, convalescence régulière, traversée par

un abcès phlegmoneux développé au niveau de la morsure. Guérison complète le 38 octobre. (*Revue des sciences médicales* 15 octobre 1897).

---

ATROPHIE DES NERFS OPTIQUES CHEZ UNE BRULÉE TRAITÉE PAR L'IODOFORME

M. Terson communique l'observation d'une femme de 48 ans, brûlée au niveau des cuisses et des bras par de l'essence enflammée et traitée au moyen de l'iodoforme. Trois semaines après, cette malade fut prise d'amblyopie sans avoir présenté de signes d'intoxication générale par l'iodoforme. L'examen ophtalmoscopique permit de constater une atrophie partielle des nerf optiques présentant tous les caractères des atrophies par intoxication.

Fallait-il incriminer dans ce cas l'iodoforme ou les brûlures? On sait en effet que des brûlures étendues, même non traitées par l'iodoforme, peuvent donner lieu à des altérations du fond de l'œil, à des névrites optiques, des hémorrhagies rétiniennes, etc.; mais, en pareil cas, les lésions ont un caractère inflammatoire qui faisait défaut chez la malade de M. Terson. Il paraît donc plus vraisemblable d'admettre que chez cette femme l'atrophie des nerfs optiques était d'origine iodoformique, car cette atrophie était absolument identique à celle qui a été signalée par quelques auteurs chez des sujets qui prenaient l'iodoforme à l'intérieur. (*La Médecine moderne.*)

---

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOITRE EXOPHTALMIQUE.

(Communication de M. Thomas Jonnesco, de Bucarest, au Congrès de chirurgie.)

Trois méthodes se disputent la qualité d'opération de choix dans le traitement chirurgical du goitre exophtalmique : celle qui s'adresse au corps thyroïde (*thyroïdectomie partielle*, *strumectomie* ou *énucléation*, et *exothyropexie*); celle qui s'attaque aux artères thyroïdiennes (*ligature des artères thyroïdiennes*) ; et celle qui s'adresse au sympathique cervical (*section du cordon*, *résection partielle* et *résection totale et bilatérale* du sympathique cervical, y compris les 3 ganglions). Laquelle de ces méthodes répond au *desideratum* : bénignité, facilité et efficacité?

I. La *thyroïdectomie partielle*. — Allen Starr (*Medical News*, 1896) en a réuni 190 cas, dont : 74 guérisons complètes, 45 améliorations, 5 insuccès et 33 morts rapides. Donc 45 pour 100 à peu près de succès et 17.36 p. 100 de mort rapide. Les cas heureux de Tuffier (2) et de Doyen (2) nouvellement publiés (1897) ne changent rien à cette statistique. car on peut leur opposer les cas malheureux de Lejars (mort subite) et de Quenu (thyroïdectomie totale de nécessité après hémorrhagie, avec myxœdème consécutif) aussi récents (1897). Donc la thyroïdectomie partielle, opération facile et bénigne dans le goître ordinaire, devient grave dans le goitre exophtalmique, par la fréquence de la mort subite et immédiate, absolument indépendante de l'acte opératoire. De plus, les guérisons obtenues l'ont été dans les goitres anciens devenus tardivement basedowiens (faux goitres exophtalmiques), tandis que, dans les cas de goitre exophtalmique vrai, la mortalité immédiate est considérable (Mœbius).

La *strumectomie* ou *énucléation* intra-glandulaire isolée de Socin a donné de meilleurs résultats : 61 cas avec 50 guérisons ou améliorations, 4 morts dont 2 opératoires, 2 tétanies et 3 insuccès; soit 82 pour 100 de résultats plus ou moins favorables, mais obtenus surtout dans les faux goitres exophtalmiques (Briner, 1894).

Quant à la *thyroïdectomie totale*, malgré l'opinion de Péan (Académie de médecine, 1897), sa gravité est bien connue pour y insister.

L'*exothyropexie* de Poncet et Jaboulay, a part ses inconvénients, n'a pas donné de meilleurs résultats : 12 opérations avec 5 guérisons ou améliorations et 2 morts par basedowisme aigu.

En somme gravité, inefficacité contre le vrai goitre exophtalmique, récidive fréquente (Jaboulay) : tel est le bilan des interventions sur le corps thyroïde.

II. La *ligature des artères thyroïdiennes* (Mikulicz, Wolfler, Billroth, Trendelenburg, Kocher, Rydigier) a donné de meilleurs résultats : Kocher (1895) sur 34 cas (ligature de 3 artères) a 31 guérisons ou améliorations et 3 morts; donc : 6 pour 100 de léthalité. Rydigier (ligature des 4 artères) : 22 cas avec 20 guérisons ou améliorations et 2 insuccès. Malgré cela, cette opération est peu pratiquée.

III. Les *opérations sur le sympathique cervical* sont au nombre de 3 : section, résection partielle et la résection totale.

*a*) La *section* simple, proposée par Edmunds (Société pathologique de Londres, 1895), a été pratiquée trois fois par Jaboulay, de Lyon, en février, mars et juin 1896. Malgré les satisfaisants résultats immédiats, cette opération a été abandonnée, et à juste titre, par l'auteur lui-même.

*b*) La *résection partielle*, comprenant une partie plus ou moins étendue de la chaîne cervicale ; je l'ai proposée et pratiquée le premier, dans 2 cas, le 17 août et le 2 septembre 1896, en enlevant les ganglions cervicaux supérieur et moyen, et le cordon intermédiaire. Les résultats immédiats, je les ai fait connaître au Congrès français de chirurgie de 1896 (octobre). Le 19 janvier 1897, Jaboulay répéta *mon opération* avec succès ; puis il pratiqua 5 autres fois la réaction du ganglion cervical supérieur seul. D'autres chirurgiens ont eu recours à la résection partielle (Quenu, 3 avril 1897 ; Gérard Marchant, 5 avril 1897 ; Faure et P. Reclus, 22 juin 1897 ; Juvara, 11 juillet 1897). En tout, 12 résections partielles avec 12 guérisions opératoires et un seul insuccès thérapeutique (Quenu).

*c*) La *résection totale et bilatérale*, comprenant les 3 ganglions, que j'ai proposée dès le début, je l'ai pratiquée le 18 juillet 1897 et communiquée à l'Académie de médecine, le 28 juillet 1897. Le résultat immédiat a été excellent. Soulié, de Marseille, a publié le 1er septembre (*Arch. provinciales de chirurgie*), un cas opéré le 17 avril 1897 avec bon résultat immédiat, mais avec récidive. Enfin, Faure vient de la pratiquer, d'un côté seulement, avec un parfait résultat.

Telles sont les interventions pratiquées sur le sympathique cervical. Comme on le voit, la simple section a été abandonnée par l'auteur lui-même (Jaboulay), et les seules opérations qui sont restées sont celles que j'ai proposées et pratiquées le premier, à savoir les résections partielle et totale de la chaîne cervicale. Les résultats tardifs, comme les résultats immédiats, sauf le cas de Soulié, sont excellents. Mes deux premiers malades, qui datent déjà de près de 14 mois, sont actuellement parfaitement

guéries ; l'exophtalmie a disparu, le goître aussi ; il en est de même des troubles nerveux, dyspnée, transpirations profuses, etc., qui n'ont plus reparu : le pouls est tombé à 90, de 100 et 120. Quant au troisième cas, qui date de trois mois, il est en pleine voie de guérison aussi ; car tous ces symptômes, très accentués avant l'opération, ont déjà disparu, le pouls seul reste encore entre 80 et 90.

Je conclurais que : la résection du sympathique cervical, par sa bénignité absolue, sa facilité et son efficacité, doit être l'opération de choix du goître exophtalmique. La résection totale, qui seule permet d'enlever la plupart des nerfs accélérateurs cardiaques en enlevant le ganglion cervical inférieur, est l'opération de choix, car elle seule aussi permet de resséquer le nerf vertébral et d'agir ainsi sur tous les nerfs vaso-constricteurs encéphaliques, une grande partie des troubles des basedowiens reconnaissant pour cause l'anémie cérébrale. (*La Médecine Moderne*. 27 octobre 1897).

---

## EFFETS FAVORABLES DE L'ACONITINE DANS LA MIGRAINE OPHTALMIQUE.

On sait que le traitement classique de la migraine ophtalmique, tel qu'il a été établi par Charcot, consiste dans l'emploi des bromures à haute dose. Cette médication, en effet, réussit souvent, mais il est des cas où elle échoue ; il en est de même pour la quinine, l'antipyrine et les autres analgésiques dérivés de la houille. A quel médicament faut il alors s'adresser ? Un fait observé récemment par M. le Dr A. Jacqueau, chef de clinique

ophtalmologique à la Faeulté de médecine de Lyon, montre qu'en pareil cas l'aconitine peut rendre des services précieux. Il s'agit d'un médecin qui ne pouvait obtenir de soulagement qu'en ayant recours à l'aconitine. Cet alealoïde, pris à la dose d'un quart de miligramme ou d'un demi-milligramme, avait pour effet constant non seulement d'abréger le paroxysme migraineux, mais encore de diminuer la douleur au point de permettre au malade de continuer sans trop de peine à vaquer à ses occupations professionnelles, même pendant l'accès. (*Semaine Médicale* 27 octobre 1897).

---

# BIBLIOGRAPHIE

## CYCLOPOEDIA OF DRUG PATHOGENESY

Nous avons publié dans l'*Art Médical* une série de compte-rendus des différents fascicules parus de la *Cyclopœdia of drug pathogenesy*; nous n'avons pas à revenir sur les éloges que nous avons prodigué à ce travail très intéressant, qui a publié les procès verbaux d'expérimentations, les empoisonnements, les expériences sur les animaux de la plupart des médicaments homœopathiques; qui a donné pour la première fois des observations de l'action médicamenteuse, en suivant l'ordre d'apparition des symptômes, nous permettant ainsi d'avoir une image plus facile à comparer à celle de la maladie que nous avons à traiter· Ce travail considérable, dû à la collaboration de huit médecins distingués de l'Angleterre et des Etats-Unis, va être complété par un répertoire puplié par le Dr R. Hugues, répertoire qui permettra aux praticiens de retrouver à propos de chaque symptôme non seulement les médicaments qui les produisent, mais de se rapporter à l'expérience ou à l'empoisonnement dans lequel ce symptôme a été observé; cela permettra, par conséquent, de savoir si le symptôme spécial qu'on a à traiter a été produit par une dose faible ou une dose forte; cela aura une grande importance pour le choix de la dose.

M. le Dr Hughes ne s'est pas borné seulement aux symptômes provenant de la cyclopœdia of drug pathogenesy, il nous donne aussi les symptômes de Hahnemann, et après

chaque symptôme, des indications permettent de se reporter, soit à la cyclopœdia, soit à Hahnemann; il y a même plus; les symptômes provenant de la cyclopœdia sont suivis des caractères I, indiquant les expériences, II, indiquant les empoisonnements, III, indiquant les expériences sur les animaux; en se reportant à la liste des médicaments, lorsqu'il est indiqué que le symptôme est pris dans Hahnemann, on saura s'il a été publié dans les *fragments de viribus*, dans les *maladies chroniques* ou dans la *matière médicale pure*, et on pourra ainsi, dans tous les cas, remonter à la source des symptômes.

Le premier fascicule qui vient de paraître à Londres, chez Gould Aridson, à New-York, chez Boericke and Tafel, contient les symptômes du système nerveux et de la tête.

Ce répertoire est nécessaire à tous les médecins qui possèdent la cyclopœdia of drug pathogenesy, et peut être très utile même à tous les autres praticiens, en leur permettant de trouver rapidement les médicaments se rapportant le mieux à un symptôme donné.

C'est là un travail considérable, qui est tout à l'honneur de notre savant confrère, le Dr R. Hughes.

Dr Marc Jousset.

---

## ÉCOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

Les cours auront lieu rue du Four, n° 25, quatre fois par semaine, les lundis, mardis, jeudis et vendredis, à 9 heures du soir.

Le Dr P. Jousset fera les deux leçons d'exposition les lundi et mardi 15 et 16 novembre.

Le Dr Léon Simon fera le cours de matière médicale tous les jeudis et lundis à partir du 18 novembre.

Le Dr Marc Jousset fera le cours de thérapeutique les vendredis à partir du 19 novembre.

Le Dr Love fera le cours de thérapeutique des maladies de l'enfance, les mardis à partir du 23 novembre.

Le Dr Parenteau fera le cours de thérapeutique des maladies des yeux, les mardis dès que le Dr Love aura terminé son cours.

M. Ecalle fera une leçon sur la pharmacologie le mardi après la fin du cours du Dr Parenteau.

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

# L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1897

---

## LE DOCTEUR FRÉDAULT (1)

### SA VIE, SES TRAVAUX.

En 1863, docteur depuis quinze ans, déjà avantageusement noté dans la presse périodique, Frédault faisait paraître — pour le temps, un véritable manifeste — un *Traité d'Anthropologie physiologique et philosophique* (2). Le titre seul en signale l'importance. Après des années d'incubation, on voyait se produire le résultats des entretiens du Dr Tessier.

L'auteur s'applique à présenter la science de la nature de l'homme dans un ensemble complet et méthodique, c'est-à-dire l'homme étudié comme un composé naturel formé d'une âme raisonnable unie substantiellement à un corps. La physiologie n'est plus simplement ici la description des fonctions organiques inaugurée dans un amphithéâtre de vivisection, perfectionnée par les recherches du laboratoire et sous l'objectif du microscope. Frédault étudie l'homme dans sa nature, dans son unité, dans son individualité, dans les relations variées qui pendant la vie l'enchaînent avec le monde extérieur

---

(1) Extrait de *La Quinzaine* du 16 oct. 1897.

(2) Un vol. in-8° de 800 pages. Paris, 1863, BAILLIÈRE, éditeur.

comme aussi avec les faits de conscience : autant de circonstances qui concourent à modifier tout ce qui se passe en lui.

C'est bien là le vrai traité d'anthropologie, la science de l'homme tout entier ; œuvre lente de la tradition, chaque siècle en poursuivant la coordination et la synthèse à travers les conflits des événements et des idées. Autour de la physiologie de l'homme, c'est l'histoire complète du travail de l'esprit humain.

Frédault adopte dans son intégrité la théorie thomiste de l'union substantielle de l'âme et du corps : les deux natures du composé subsistant entières dans l'union ; mais toutes deux y acquérant quelque chose : l'âme de pouvoir exercer des puissances, des facultés potentielles qui resteraient sans acte, sans effets en dehors du corps : les éléments matériels qui constituent le corps, de se sublimer dans un composé tout nouveau, réalisant ainsi des propriétés, qu'en dehors de cette union, ils n'auraient jamais eues. Les actions de l'être humain sont l'œuvre du composé tout entier. Ce sont les lois spéciales de la vie qu'il faut étudier, non les lois du monde matériel pur, ou les lois du monde purement spirituel. De cette considération découle une conséquence : le phénomène physiologique chez l'homme est *sui generis* : absolument particulier.

Tel est le point de départ du livre. Nous voudrions avoir fait pressentir l'ampleur de cette doctrine de l'unité de l'homme. Faut-il qu'il y ait en elle un principe de vie et d'autorité singulièrement puissant pour renaître ainsi dans la science après tant d'alternatives d'hostilité, d'indifférence, même d'oubli. Cependant lisez l'histoire, elle vous dira que la philosophie de saint Thomas, de tous les

systèmes conçus dans les écoles, est celui qui a rallié le plus de sympathies. « Il mène le chœur des grands esprits », a dit le P. Gratry.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

L'*Anthropologie* avait exigé d'abondantes recherches. Ce sont les Annales de la philosophie et de la médecine, l'œuvre entière de nos maîtres que Frédault avait dû soumettre à l'analyse. Les matériaux allaient servir de base à un travail nouveau : une *Etude sur nos traditions* (1). Ce n'est point à proprement parler une histoire de la médecine, l'auteur s'est défendu d'un plan aussi vaste. L'intérêt particulier du livre réside dans l'aptitude particulière de l'auteur pour pénétrer et se mouvoir dans cette atmosphère mobile et changeante des esprits, où s'élaborent ces systèmes d'idées, que sont les doctrines et les liens qui les enchaînent pour former la tradition.

Que sont en effet Hippocrate et nos premiers instituteurs, sinon les dépositaires, les échos d'une science primitive philosophique et religieuse : organes de transmissions d'antiques préceptes sur la nature de l'homme, sur ses maladies, sur la fixité de leurs caractères spécifiques et leur traitement? Après Galien, avec quelle curiosité le médecin s'initie à l'interprétation de la science antique, par les Arabes aux arcanes de l'alchimie, puis aux beaux jours de la Renaissance !

Ne revenons ici que pour mémoire sur l'iatro-mécanisme cartésien et les vitalismes divers du XVIII$^e$ siècle : des compromis imaginés par des esprits incertains qui ne voulaient pas se dire athées. En médecine et en physiologie, notre XIX$^e$ siècle est presque une période d'éclec-

(1) 2 vol. in-8°. Paris, 1870, chez BAILLIÈRE.

tisme; car si nous avons dû triompher de l'organicisme de Broussais et de l'impartialité suspecte des statisticiens, d'autre part le moment actuel exprime des tendances visibles vers la philosophie chrétienne.

Et n'est-il pas permis de dire que si à travers le conflit des opinions et des systèmes, depuis l'antiquité jusqu'à nous, la médecine revêt les apparences d'un courant d'idées, dont sans cesse les flots changent et se renouvellent, il n'est pas moins visible aussi que par la médecine, un corps imposant de doctrines, de croyances et d'affirmations dogmatiques — une accumulation de connaissances après tout considérable — s'y transmet à travers les âges, sous la forme traditionnelle d'un enseignement permanent?

Ne pas méconnaître non plus que par les côtés usuels et la pratique quotidienne, par les contacts perpétuels des médecins avec la société, il se produit un va-et-vient continuel aussi d'influence et de réciprocité entre les hommes de l'art et les masses populaires. En raison de ces contacts divers le médecin exerce une action sociale sur les foules, de doctrine sur les individus : action qui retentit visiblement sur les mœurs.

Le profit est véritable pour accomplir ce long voyage à travers le courant traditionnel de rencontrer un guide aussi exercé que le Dr Frédault.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

En thérapeutique, Frédault réclamait hautement pour le médecin de droit de prescrire les médicaments, *omni dosi* toute l'échelle de graduation, depuis les doses massives et les composés naturels des eaux minérales jusqu'aux atténuations infinitésimales. C'est dire que Frédault, toutefois sans esprit exclusif, adopta cette réforme

thérapeutique d'Hahnemann que l'on ne s'attendait guère alors (en 1850) à voir continuée et visiblement développée par les atténuations de Pasteur et les toxines de la sérothérapie.

Dans quel ordre de science que ce soit, une découverte ne survient pas instantanée, des signes précurseurs en annoncent la venue. Frédault, qui avait écrit l'histoire de la médecine, signale dès le XVIII<sup>e</sup> siècle des influences nouvelles qui devaient modifier profondément la thérapeutique.

Les travaux de Störck sur la matière médicale, ceux de John Hunter attestent dans les esprits d'une direction jusque-là inconnue. Dans leurs recherches sur l'action physiologique des médicaments, ils notent des localisations, des actions électives sur les organes, sur la circulation sanguine, sur le système nerveux : des faits absolument nouveaux.

Ces faits étaient précurseurs de la *Loi de similitude*, quelques années plus tard formulée par Hahnemann : une théorie établie sur cette hypothèse que le médicament est appelé à guérir les phénomènes morbides qu'il détermine physiologiquement sur l'homme sain. Or l'expérience a mis en lumière l'heureux choix de cette hypothèse. La loi de similitude s'est trouvée un fil conducteur pour mettre l'homme de l'art sur la voie d'indications précieuses, donnant ainsi une précision scientifique à cette recherche des indications trop souvent, réduites à être pure affaire de tact individuel et d'inspiration.

Au cours de ses études sur Hunter, Frédault rencontra l'inoculation et la vaccine. Hunter, le maître et l'ami de Jenner, fut l'un des plus ardents zélateurs de la découverte. Il est aisé de comprendre comment ces notions

d'immunités et de substitutions de maladies, se mêlèrent pour lui à celles des localisations médicamenteuses. La vulgarisation de l'inoculation et de la vaccine fut en Europe, vers la fin du siècle dernier, un moment des plus intéressants dans l'histoire de la médecine. L'affaire devint d'intérêt public. — Les gouvernements s'en mêlèrent, avec eux les académies, les sociétés savantes. — Comme au XVII[e] siècle pour le quinquina, comme au nôtre pour l'homœopathie, les salons et l'opinion du public firent opposition à l'hostilité des facultés de médecine et ils en eurent raison. Partout de longues discussions soulevées, touchant la valeur et la portée de l'immunité vaccinale, sur l'opportunité des revaccinations ; de même sur les doses atténuées.

Ces mystérieux problèmes s'agitaient toujours, quand un demi-siècle plus tard — conséquence immédiate des découvertes de Pasteur — les microbes et leurs toxines arrivèrent à occuper dans la thérapeutique la place que l'on sait. Il fallut bien alors reconnaître, en présence des cultures et des atténuations sérothérapiques, que les partisans d'Hahnemann étaient réellement partie active dans le mouvement thérapeutique qui depuis cent ans entraînait la médecine. Weber de Leipsig, et le D[r] Pierre Dufresne de Genève, dès 1834, précédèrent Pasteur en opposant avec succès à des cas de charbon provenant de l'inoculation sur les bergers par le contact de moutons contaminés, le virus lui-même atténué. Les procédés des élèves de Pasteur préparant les atténuations du virus rabique, ou celui de la diphtérie, ne diffèrent que par des nuances de ceux d'Hahnemann. Domestiqués suivant l'échelle graduée des dilutions, les virus devinrent agents préservateurs autant que curateurs.

Comment ne pas dire ici quelle importance nouvelle, sous l'impulsion d'Hahnemann et de ses successeurs, ont acquis les plus anciens agents de la matière médicale ; leurs indications multipliées et par là même leur champ d'action singulièrement étendu? Ainsi en a-t-il été pour la *noix vomique*, la *belladone*, l'*arsenic*, auprès desquels se rangent de nouveaux venus, dont la médecine officielle a fait hautement son profit, tels que le *drosêra*, *hamamelis*, *pulsatilla*, etc.

Et encore, toujours par la méthode des pathogénésies et des atténuations, les mêmes n'ont-ils pas enrichi la matière médicale d'une série de venins provenant des serpents et des batraciens, tels que le *lachesis* et le *curare*, comme aussi le *venin de l'abeille* et celui de l'*aranea diadema*?

A propos de venins et de virus glanant à travers les curiosités historiques, Frédault parlant de l'inoculation, remet en mémoire ce fait que de temps immémorial, pratiquée en Chine, elle fut importée en Europe par un jésuite le P. d'Entrecalles. Les mêmes Célestes ne donnent-ils pas l'exemple d'un procédé sérothérapique en germe, par leur coutume d'immoler à l'instant l'animal qui vient de communiquer à l'homme le virus de la rage, et d'en faire manger le foie au patient?

Pour compléter ce tableau des médications qui se réclament de la loi de similitude, il faut citer encore les traitements par le suc des glandes, le suc pancréatique contre certains diabètes, les capsules surrénales contre le diabète bronzé et la maladie d'Addison; mais avant tout, le suc thyroïdien du mouton contre le goitre exophthalmique. Cette médication a été appliquée aux sujets dont les facultés intellectuelles avaient été dimi-

nuées par l'extirpation de la glande. Questions encore récentes, où la physiologie de thyroïde, la médecine opératoire, le crétinisme, la pathogénésie des symptômes produits par l'ingestion de la glande se trouvent simultanément intéressés.

Dernière complication : ne voilà-t-il pas qu'un chimiste dénonce la présence de l'iode dans le suc thyroïdien, à dose infinitésimale sans doute. Il faut se souvenir que peu de temps après la découverte de l'iode, l'action de ce métalloïde sur le goitre se révéla par des succès et aussi par des accidents, quelques-uns mortels. Il y avait longtemps que la pathogénésie de l'iode, avait été publiée par Hahnemann, quand les médecins officiels s'en emparèrent, — toujours sans indiquer leurs sources — sous le nom d'*iodisme* (voir le mémoire du Dr Rilliet de Genève). On comprend quel intérêt peut s'attacher à la nouvelle découverte chimique pour l'avenir du traitement des affections thyroïdiennes.

Tel est le mouvement historique de la thérapeutique moderne inaugurée il y a cent cinquante ans. L'idée génératrice de cette évolution démontrée par la pathogénésie et la prescription des médicaments à toutes les doses, a été exposée sous la forme la plus intéressante, dans une série de conférences cliniques faites par le Dr Frédault, à l'hôpital Saint-Jacques de Paris.

Avoir adopté une doctrine comme règle de l'intelligence, en abordant l'étude des phénomènes de la vie dans la nature; y être demeuré fidèle pendant une longue carrière : tel est le mobile d'intérêt qui s'attache à cette biographie du Dr Frédault. Nous l'avons vu sur les bancs de l'école, épris du culte des idées, adhérer à la définition scolastique de l'unité de l'homme, la vraie, la grande phi-

losophie, celle qui depuis saint Thomas a reçu l'hommage de Leibnitz et n'a pas subjugué seulement des penseurs chrétiens.

Dans un traité d'anthropologie, il étudie l'homme à l'état physiologique, ses actes végétatifs, ses facultés intellectuelles. Puis, il le considère dans la déchéance soumis à la loi de la souffrance et de la maladie, devenant l'objet de cette science particulière chez tous les peuples, appelée la médecine. Par ses travaux notre ami a pris contact avec les branches multiples de son art. Quel discernement il apporta dans ses études, on a pu le voir, et avec quelle sûreté il s'inspire de l'esprit philosophique qui ne l'abandonne jamais.

Son œuvre est marquée d'un tel caractère d'unité que nulle n'est plus apte à faire saisir un de ces moments précis de l'histoire de notre science où il semble qu'il se produise un temps d'arrêt avant qu'intervienne un autre courant.

Le choix librement délibéré d'une doctrine implique de la part de celui qui le fait et dans le milieu où il se trouve une disposition à la lutte. Il en était bien ainsi dans le groupe que représentait le D[r] Frédault. La réaction, en effet, s'y accuse très nette contre l'*organicisme*, cette étiologie matérialiste qui depuis cent ans — peut-être faudrait-il remonter plus haut — transformant en causes les résultats des maladies sous le couvert de l'anatomie pathologique, avait envahi la médecine. Aussi comprend-on que la pensée soit venue de ranger cette manifestation dans un mouvement général et d'ensemble, de ceux que l'on caractérise de nos jours sous le nom de Renaissance de l'idéalisme.

Nulle part, en effet, dans les conflits de la science con-

temporaine, ne s'est plus hautement affirmé par la physique et la chimie le rôle de la matière dans les myriades d'*êtres* qui répandent la vie dans notre univers. Notions complexes de suprême importance dans ce champ clos des sciences naturelles où tiennent une si grande place les débats sur l'évolution, la stabilité des espèces, le transformisme et les sélections.

Et combien n'est-il pas digne de remarque que ce soit sur le domaine de la médecine qu'ait germé, et après les plus piquantes alternatives, une solution vitaliste et spiritualiste pour ces grandes questions. Et cela par l'un des sujets qui ont le plus vivement préoccupé médecins et naturalistes, la question des microbes.

Inaugurée par les travaux de Pasteur sur les ferments animés, transportée par l'illustre maître sur le terrain médical, l'on voit bientôt les problèmes les plus graves, celui de l'*être*, ceux d'espèces et de causes relever de la bactériologie. A l'instant surgit, tout d'abord protégée par une sorte de popularité — cela semblait si facile à admettre — l'opinion que les maladies dans l'homme viennent du dehors et que ce végétal microscopique qu'est le microbe faisant effraction dans l'organisme aurait la faculté d'y engendrer cet acte de vitalité qu'est la maladie.

Ce qu'il en est pourtant d'une opinion portée à l'extrême! Les esprits se partagent. Le sentiment traditionnel chez la plupart des médecins est blessé. « Vous ne me ferez jamais accroire, m'écrivait Frédault, qu'un de ces petits êtres pénétrant chez un homme en santé ait la faculté de produire ce phénomène de la maladie. » Il y fallut vingt ans de controverses et de recherches acharnées. Toujours latente, malgré tout dans l'esprit des médecins, la doctrine traditionnelle se releva, s'imposant plus que jamais; si

bien qu'aujourd'hui vous aurez garde de dire qu'un microbe évoluant dans l'organisme pourra faire naître une maladie *s'il n'y rencontre pas un terrain* propice. Les progrès de la science ont démontré que le corps de l'homme est peuplé de microbes, que les plus capables de devenir malfaisants peuvent sans nuire séjourner indéfiniment dans l'organisme tant que la prédisposition demeure latente. « C'est l'organisme qui fait la maladie et non le microbe, disait un jour le Dr P. Jousset dans une conférence. La prédisposition aux maladies, une donnée théorique si vous le voulez, mais aussi inexplicable qu'elle est certaine : supprimez-la, vous ne comprenez plus rien à l'homme. Elle intéresse à la fois notre origine et notre destinée. »

Voir ainsi rétabli dans la pathologie générale le principe de la prédisposition et lui avoir rendu toute sa valeur, c'est dans le mouvement médical de notre siècle un évènement considérable ; dans le monde des idées, un retour significatif vers les définitions spiritualistes ; une de ces déterminations capitales qui à elles seules signifient une orientation nouvelle.

Dans ces instants critiques toutes les sciences deviennent solidaires comme aussi la plupart des intelligences. Combien dans le cours des ans n'avons-nous pas vu de ces changements de front. Ce n'est pas seulement dans ce qui est de l'homme qu'ils s'opèrent ; mais comme pour bien prouver que dans la création, l'homme est l'être central : questions d'origine, questions religieuses, questions d'évolution, questions de physique, science des animaux et des plantes, tout autour de lui dans le domaine de la connaissance converge, s'enchaîne alors et s'émeut. Il en a été ainsi, et avec quelle intensité nous avons dû en faire

l'épreuve dans les périodes orageuses et combatives, telle que celle que nous venons de traverser. De même dans les retours sans cesse renaissants du spiritualisme le domaine entier de la science à son tour devient participant dans une réaction générale.

C'est à l'un de ces moments historiques de retour à l'idéal spiritualiste qu'a paru l'œuvre du Dr Frédault. En terminant cette étude, nous aimons à dire une fois de plus, que le grand honneur de notre confrère dès le début de sa vie scientifique fut d'en avoir pressenti la venue et d'y avoir généreusement coopéré. Aussi demeure-t-il dans la mémoire de ceux qui ont eu le bonheur de le rencontrer et de le suivre dans la carrière, comme ayant uni dans sa personne avec une haute distinction, l'homme de la pensée méditative et le praticien de valeur : un type rare du médecin complet.

Dr Ed. DUFRESNE.

---

## ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

### EXPOSITION DE L'HOMŒOPATHIE

### 1re *Conférence*

En commençant cet enseignement je crois utile de rechercher avec vous quelles sont les causes de l'indifférence, je dirai plus, de la répulsion que les médecins témoignent envers l'homœopathie.

Ces causes sont multiples, mais la principale est née des premiers rapports qui se sont établis entre la réforme de Hahnemann et la médecine officielle. Il ne faut pas l'oublier, en effet, la médecine officielle était constituée

par le galénisme, doctrine autoritaire et intolérante entre toutes. On sait comment cette doctrine avait reçu la découverte de la circulation du sang. Elle fit un accueil encore moins bienveillant à un homme qui, rejetant l'étiologie de la thérapeutique traditionnelle, se déclarait le partisan et le serviteur de la méthode expérimentale. Quand, à la loi de similitude, à la matière médicale pure, Hahnemann eut ajouté les *doses infinitésimales,* il y eut contre lui un *tolle* universel; et une guerre sans trêve ni mesure, guerre qui dure encore, fut déclarée à l'homœopathie.

Les médecins partisans de la réforme de Hahnemann acceptèrent cette guerre. Loin de faire des concessions, ils exagérèrent leur intransigeance. Ils déclarèrent que l'homœopathie devait remplacer non seulement la thérapeutique mais encore la pathologie et même la physiologie. L'infinitésimalité fut portée jusqu'à la folie. Ce ne fut plus une réforme, mais une révolution ayant la prétention de balayer l'ancienne médecine et de la remplacer par une science nouvelle.

De cet état des esprits et des choses sont nés des actes d'intolérance et dans certaines circonstances de véritables persécutions. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette hostilité se soit maintenue pendant de longues années; d'autant plus que la pratique de chaque jour a ajouté aux causes doctrinales de dissentiment des intérêts lésés et des amour-propres froissés.

Mais vers le milieu de ce siècle, quand la doctrine homœopathique se fut répandue davantage; quand un nombre considérable de médecins vinrent à l'homœopathie, d'école et de situation diverses, les uns appartenant à l'école des hôpitaux de Paris, d'autres représentant des

praticiens fort répandus et fort autorisés, un mouvement d'abord peu sensible, puis de jour en jour plus prononcé se manifesta dans l'école homœopathique. Ce fut d'abord une sorte de protestation contre l'exagération des doses; puis ensuite, et c'est là le point important, une plus juste appréciation, une limite plus légitime de ce que devait être l'homœopathie. Tout cela ne se fit pas très paisiblement, mais nous n'avons pas à revenir sur des discussions maintenant oubliées, nous voulons seulement constater qu'aujourd'hui, pour un grand nombre de médecins qui ont accepté la réforme de Hahnemann, l'homœopathie n'est qu'une partie de la thérapeutique; qu'à côté d'elle existe, dans un ordre hiérarchique inférieur des médications chirurgicales et palliatives; et que loin d'être une médecine nouvelle, l'homœopathie commencée à Hippocrate, a été transmise par la tradition à Hahnemann et s'épanouit aujourd'hui dans la thérapeutique née du Pasteurisme.

L'homœopathie est une doctrine traditionnelle et cette condition de remonter au commencement de la médecine est pour elle une source de force et une garantie d'avenir. En effet, les doctrines qui n'ont point de passé n'ont point de lendemain. Or, l'homœopathie se trouve formulée dans Hippocrate.

Nous voyons à la page 335 du tome VI de la traduction de Littré au paragraphe 42 le passage suivant : « *Guérison par les contraires, guérison par les semblables* ».

Après avoir expliqué que les maladies guérissent par les contraires, Hippocrate ajoute : « Autres procédés la maladie est produite par les semblables; et, par les semblables que l'on fait prendre, le patient revient de la maladie à la santé. Ainsi, ce qui produit la strangurie qui n'est

pas, enlève la strangurie qui est. La toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par les mêmes choses ».

C'est la première fois que dans l'histoire de la médecine nous trouvons l'axiome *similia similibus curantur*. Cet axiome d'apparence paradoxale a surpris presque tous les commentateurs d'Hippocrate ; et il serait resté incompréhensible et sans portée, si Hippocrate n'avait pas ajouté ces mots : *ce qui produit la strangurie qui n'est pas enlève la strangurie qui est.* Cette phrase ne permet aucun doute sur la pensée d'Hippocrate et elle donne au *similia similibus* sa véritable signification.

Dans le cinquième livre des épidémies, Hippocrate rapporte une observation qui fixerait, s'il était nécessaire, la signification du *similia similibus*. Un Athénien, malade du choléra, avait des évacuations par haut et par bas, des crampes, de l'anurie et le collapsus. Or, Hippocrate le traite et le guérit avec le *veratrum album*, médicament qui produit les évacuations par haut et par bas, les crampes et le collapsus, *similia similibus curantur.*

La formule d'Hippocrate fut conservée dans la tradition. Elle servit au réformateur du XVII^e^ et du XVIII^e^ siècle d'argument contre le galénisme ; mais elle restait inapplicable. Pourquoi était-elle inapplicable ? Hahnemann, le premier, l'a compris, et cette claire vue des conditions qui devaient permettre d'appliquer le *similia similibus* constitue un trait de génie. C'est grâce à cette perception qu'il lui a été donné de vaincre ce sphinx, contre lequel avaient échoué Paracelse, van Helmont, Stahl et tant d'autres. Hahnemann comprit que si on guérit la strangurie en donnant au malade le médicament qui guérit la strangurie chez l'homme sain, il fallait arriver à la connaissance des actions du médicament sur l'homme sain.

Dès que cette idée eut éclairé son intelligence, il commença l'étude de l'action des principaux médicaments sur l'homme sain ; il constitua ainsi des tableaux ayant des caractères analogues à ceux des maladies naturelles et ainsi il inaugura cette œuvre immense, la *matière médicale expérimentale.*

L'école de Pasteur en traitant la rage par les moëlles rabiques ; la diphtérie, la fièvre jaune, la peste, etc., par le sérum d'animaux immunisés contre ces maladies applique la loi de similitude d'Hippocrate et y ajoute les atténuations d'Hahnemann.

Vous le voyez, Messieurs, l'homœopathie n'est plus une secte, c'est un anneau de la tradition, c'est le patrimoine de tous les médecins et il ne devrait plus s'y rencontrer que des confrères.

L'homœopathie n'a pas seulement, pour elle, l'auréole de la tradition, elle a encore celui *de la durée.*

Il y a deux ans, nous célébrions le centenaire de la fondation de l'homœopathie. Ainsi depuis cent ans, il existe une école nombreuse de médecins qui sont réunis par cette triple vérité : loi des semblables, matière médicale expérimentale, petite dose. Ils peuvent différer, et ils diffèrent sur beaucoup de points, mais tous professent les trois principes que nous venons d'énumérer et du reste personne ne s'y trompe car tout le monde les appelle des *homœopathes.*

C'est une grande chose que la durée, Messieurs, et pour les doctrines elle se mesure à la quantité des vérités qu'elles contiennent.

Que de ruines depuis cent ans dans les doctrines médicales étrangères et ennemies de l'homœopathie. Qui se souvient des divagations philosophiques de Pinel, des

fureurs de Broussais, de l'organicisme de Rostan, des travaux honnêtes et froids d'Andral et de Chomel, de la statistique de Louis; aucun de ces hommes n'a pu faire école, parce qu'aucun d'eux ne possédait la vérité médicale à un degré suffisant pour entraîner les convictions et surtout pour leur donner une durée.

L'homœopathie a non seulement la tradition et la durée, mais elle a encore l'*ubiquité*. Elle est répandue dans tous les pays et ses progrès sont proportionnés au degré de liberté dont jouissent ces pays. Si l'homœopathie est peu prospère en France, c'est que dans aucun pays l'Université n'est aussi autoritaire et aussi intolérante. Aux États-Unis, où l'individualité est respectée, et où tout ce qui n'est pas défendu est permis, l'homœopathie a pris un grand développement; et, comme nombre et comme importance d'établissements scolaires et hospitaliers, elle marche de pair avec l'allopathie.

Toute thérapeutique est constituée par une loi d'indication, une matière médicale et une posologie. L'homœopathie a sa loi d'indication et sa posologie à elle. Quant à la matière médicale elle est commune à toute thérapeutique.

*Des lois d'indication.* — Il est nécessaire de définir ce que c'est que l'indication. Vous chercheriez en vain cette définition dans les auteurs contemporains. Tous les médecins ont le mot indication à la bouche, tous ont la prétention de faire la médecine des indications, et peu en connaissent la signification.

Galien a donné une définition de l'indication qui est un modèle de précision. L'*indication*, dit-il, *est la nécessité évidente d'une action déterminée*. Cette définition se compose de quatre mots et cependant elle est complète et

constitue la règle légitime qui doit toujours être présente à l'esprit du médecin et du chirurgien.

Je donnerai quelques exemples pour que vous vous pénétriez de l'esprit de cette définition. Une artère est tranchée d'un coup de couteau, il y a nécessité évidente d'agir, car si on s'abstient le malade mourra d'hémorrhagie. De plus, l'intervention est bien déterminée dans ce cas, il faut arrêter l'hémorrhagie par la compression ou mieux par la ligature des vaisseaux. Un enfant a introduit dans son larynx une bille, un haricot : nécessité évidente d'agir si on veut empêcher l'enfant de mourir asphyxié. L'action est aussi déterminée ; il convient d'ouvrir la trachée pour faire respirer le malade et extraire le corps étranger. Une hernie s'étrangle d'où nécessité évidente de réduire la hernie ou de l'opérer.

J'ai choisi ces exemples parce que la loi de Galien s'y applique facilement et qu'ils sont propres à faire comprendre la valeur des mots qui composent la définition.

Rappelez-vous toujours que votre conduite auprès du malade doit être réglée par une loi supérieure, rejetez loin de vous la thérapeutique d'inspiration, de mode et de routine ; ne croyez pas surtout comme on l'a répété que le médecin ait le droit de vie et de mort sur le malade et, quand il n'y a pas nécessité d'agir, sachez vous abstenir. Le médecin dont la thérapeutique est guidée par la loi d'indication est en paix avec sa conscience, honoré de ses confrères et peut dédaigner le jugement des incompétents.

Mais si la loi de Galien s'applique parfaitement aux traumatismes, aux empoisonnements, elle ne peut s'appliquer aux maladies de cause interne. Vous allez le comprendre tout de suite. Dans les maladies de causes

externes, cette cause peut être saisie et détruite, mais dans les maladies de cause interne, il en est tout autrement et on ne trouve pas dans une fièvre typhoïde ou une pneumonie la nécessité évidente d'une action déterminée comme dans le traumatisme. Aussi, il existe deux lois secondaires d'indication que la loi de Galien meut et gouverne : c'est le *contraria contrariis* et le *similia similibus*.

*Contraria contrariis curantur.* — Cette loi a une autre formule qui la complète *sublata causa, tollitur effectus.* C'est la thérapeutique étiologique, et c'est d'elle que nous parlerons d'abord, parce qu'elle a joué le rôle le plus important en thérapeutique.

Vous serez sans doute étonnés d'entendre dans un cours consacré à l'exposition de l'homœopathie la revendication de la loi des contraires pour une certaine partie de la thérapeutique. Mais suspendez votre jugement, écoutez-moi jusqu'au bout, et vous verrez que je serai dans mon enseignement l'esclave d'une seule chose : la *méthode expérimentale.*

Le *contraria contrariis*, comme je vous l'ai fait pressentir, s'applique parfaitement à la thérapeutique des traumatismes et des empoisonnements, parce que, dans ces affections, il existe toujours des conditions matérielles qui jouent le rôle de causes et qu'il est possible d'anéantir. Il est inutile d'insister sur les exemples des fractures, des luxations, des hernies, en un mot, de tous les traumatismes et des empoisonnements par l'arsenic, le phosphore, le cuivre, etc., affections qui réclament l'emploi de manœuvres et de substances agissant dans le sens contraire du mal.

Mais la loi des contraires joue en chirurgie un rôle encore plus considérable; c'est, en effet, à la loi des contraires qu'est due l'*asepsie* chirurgicale, merveilleux progrès qui a changé la face de la chirurgie. L'asepsie, en effet, consiste à éloigner de l'opéré et à tuer dans la plaie le microbe de la suppuration. Plus de suppuration, plus de pyohémie, plus d'accident!...

La *médication palliative* se réclame, elle aussi, de la loi des contraires. La matière médicale expérimentale nous a appris que certains médicaments procuraient le sommeil, produisaient l'anesthésie, évacuaient l'intestin, et c'est d'après la loi des contraires que nous appliquons la morphine à la douleur, le chloral à l'insomnie, les purgatifs à la constipation. Mais le champ de la médecine palliative est encore plus important, la *balnéation* tempérée ou froide appliquée à l'hyperthermie dans les maladies aiguës n'est qu'une médication palliative, car elle n'abrège en rien la durée de la maladie. Elle a néanmoins une importance considérable dans la thérapeutique.

Mais là se borne l'emploi du *contraria contrariis*. Vouloir l'appliquer au traitement des maladies de cause interne, c'est tomber dans l'absurde et dans l'hypothèse.

C'est une absurdité de traiter une maladie par son contraire, par cette raison que le contraire d'une maladie n'existe pas. Le contraire d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une variole ne se retrouve pas dans l'histoire des actions médicamenteuses sur l'homme sain, et le contraire de la maladie n'est autre chose que la santé.

Aussi, c'est à la cause de la maladie qu'on a voulu appliquer le contraire. Pour examiner cette interprétation, nous diviserons le sujet en deux : la loi des contraires

appliquée aux causes avant la bactériologie et depuis la bactériologie.

Avant la bactériologie, les causes des maladies étaient toutes hypothétiques ; c'était, dans l'ancienne médecine, le froid, le chaud, le sec, l'humide, l'amer, le doux, etc., ou encore la bile, l'atrabile, la lymphe et le sang. Plus tard, les alcalins et les acides, le strictum et le laxum, l'hyposthénie et l'hypersthénie, etc. Il n'est donc pas contestable que la loi des contraires appliquée à détruire la cause des maladies avant la bactériologie constituait une thérapeutique absolument hypothétique.

Application du *contraria contrariis* depuis la bactériologie. Au début des études bactériologiques, alors que l'on croyait qu'à chaque microbe pathogène correspondait une maladie, la loi des contraires paraissait rigoureusement applicable. Détruisez le microbe, et vous détruirez la maladie, *sublata causa, tollitur effectus*.

Mais les choses ont bien changé depuis quelques années, jusqu'au bacille de Koch, qui a perdu sa spécificité, puisqu'on a pu transmettre la tuberculose et la phtisie avec un strepto-bacille. Mais ce qui est encore plus gênant pour la théorie étiologique, c'est qu'aujourd'hui ce n'est plus le bacille qui fait la maladie, mais ce sont ses *toxines*, en sorte que l'antisepsie médicale, destinée à tuer le bacille, n'a plus aucune portée aujourd'hui. C'est la toxine qu'il faut détruire, et pour cela, c'est un *antidote* qu'il faut trouver. La voie est donc de nouveau ouverte aux hypothèses.

Si on veut bien considérer d'autre part que de l'avis de tous la *condition du terrain* est absolument nécessaire au développement du microbe, qu'il faut, dit le professeur Bouchard, que l'organisme soit complice, n'est-ce pas

revenir à la doctrine des *prédispositions définies*, cause véritable de la maladie.

Or, le contraire de la prédisposition définie, c'est-à-dire de la maladie en puissance, est aussi absurde que le contraire de la maladie elle-même.

Si on consulte la clinique, il est facile de se convaincre que l'antisepsie médicale n'a produit aucun résultat. Lisez la statistique publiée par le bulletin municipal et vous y verrez qu'à l'exception de la diphtérie, la mortalité pour les maladies aiguës et pour la tuberculose est sensiblement la même qu'il y a vingt ans. Si la diphtérie a bénéficié considérablement de la thérapeutique moderne, c'est qu'elle est traitée par la sérumthérapie, qui n'est que de l'homœopathie.

Donc, la loi des contraires est inapplicable au traitement des maladies de cause interne et le professeur Bouchard lui-même a renoncé à la *thérapeutique étiologique* qu'il a remplacée par la thérapeutique pathogénique. Or, en quoi consiste cette thérapeutique, à se pénétrer du processus morbide de manière à laisser la maladie évoluer naturellement quand elle conclut à la guérison, dans les autres cas à appliquer la sérumthérapie, quand cette médication est possible : en d'autres termes, expectation dans les cas bénins, homœopathie pasteurienne dans les cas graves, mais dans aucun cas il ne faut songer à la loi des contraires, ni à la thérapeutique étiologique.

Le *similia similibus* est-il applicable aux maladies de cause interne? Cette loi d'indication est applicable aux maladies de cause interne dans deux catégories de cas :

Dans la première catégorie, on traite la maladie par son semblable, c'est l'*isopathie*.

Dans la seconde catégorie, on traite la maladie par son analogue, c'est l'*homœopathie.*

L'isopathie a été appliquée par plusieurs médecins homœopathes et en particulier par Pierre Dufresne (de Genève) dans la première partie de ce siècle; mais Pasteur et ses élèves ont fait une application considérable de l'isopathie. Le charbon, la rage, la diphtérie, la peste, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune et le tétanos sont traités par l'isopathie.

L'homœopathie proprement dite emploie non les semblables mais des analogues La matière médicale expérimentale lui fournit pour un grand nombre de médicaments des effets positifs obtenus sur l'homme sain et les animaux. Ces effets constituent des tableaux qui représentent en quelque sorte des *maladies médicamenteuses.*

Nous citerons à titre d'exemples, les empoisonnements aigus et chroniques et les effets produits par de petites doses sur l'homme sain qui donnent pour le phosphore, l'arsenic, le plomb, le quinquina, l'aconit, l'ipécacuanha des groupes de symptômes et de lésions qui correspondent à des maladies naturelles. Les médecins homœopathes, après avoir analysé les symptômes d'une maladie, cherchent parmi les maladies médicamenteuses celle qui ressemble le plus à la maladie à traiter et le médicament qui a produit cette maladie médicamenteuse se trouve indiqué par la loi des semblables, par exemple : le phosphore dans l'atrophie aiguë du foie, l'ipéca dans l'asthme et dans la pneumonie, l'arsenic ou le veratrum dans le choléra, le china dans l'eczéma et l'érysipèle, etc., etc.

Nous concluons de cet exposé que la thérapeutique possède deux lois d'*indication positive* : le *contraria con-*

*trariis* et le *similia similibus*, mais à la condition que l'on réserve le *contraria* pour les maladies de causes externes et pour la médication palliative et le *similia similibus* pour les maladies de cause interne.

Pourquoi disons-nous que ces lois d'indication sont *positives*, c'est que dans les limites que nous leur avons assignées, elles fonctionnent en l'absence de toute hypothèse.

C'est absolument une thérapeutique positive que de saisir à l'aide du *contraria contrariis* la cause matérielle du traumatisme et aussi d'opposer à des symptômes bien définis les effets contraires que la matière médicale nous a enseignés être produits sur l'homme sain par les médicaments.

Quant à la loi des semblables appliquée au traitement des maladies de cause interne, elle mérite aussi le nom d'indication positive puisqu'elle se compose d'une équation entre les symptômes et les lésions observées chez un malade et les phénomènes produits par un médicament sur un organisme sain.

En ouvrant son cours de thérapeutique en 1889, le professeur Bouchard a prononcé une phrase qui impressionne profondément parce qu'elle contient une grande vérité. « Savoir ce que l'on fait et pourquoi on le fait, c'est chose rare — pour le médecin, c'est chose nouvelle.» J'ajoute qu'en dehors de l'homœopathie, c'est chose inconnue.

Il y a cinquante ans quand vous saigniez à outrance les pneumonies, les rhumatismes et les fièvres typhoïdes, vous ne saviez ni ce que vous faisiez, ni pourquoi vous le faisiez. Vous poursuiviez la « *couenne inflammatoire* »

et cette couenne augmenait à chaque saignée jusqu'à la mort du malade.

Quand vous administrez un purgatif ou un vomitif, vous savez ce que vous faites, vous produisez des évacuations abondantes par haut et par bas, mais savez-vous pourquoi vous le faites? Vous n'oseriez dire, comme Galien, que c'est pour évacuer les *humeurs peccantes*. Vous direz timidement que c'est parce que les malades ont la langue sale. La langue sale !... Vous avez donc oublié que les enduits de la langue sont les résultats d'une stomatite, que cette stomatite entraîne la mortification et la desquamation de l'épithélium, et en raison de cette mortification, la coloration de l'épithélium par tout ce qui passe dans la bouche du malade. Je sais bien que les stomatites et l'état de la langue qui en dépend varient avec toutes les maladies, qu'elles servent de signes pronostiques et diagnostiques, mais par quel abus de l'hypothèse arrivez-vous à faire de ces enduits une indication de la médecine évacuante ?

Et quand vous mettez un vésicatoire dans une pleurésie. Ah ! vous ne savez ni ce que vous faites ni pourquoi vous le faites, à moins que, comme l'a dit un spirituel académicien, vous ne mettiez des vésicatoires *pour occuper le malade et sa famille*.

Mais les médecins qui ont accepté les lois d'indication positive et qui connaissent la matière médicale expérimentale, les médecins que vous appelez homœopathes savent ce qu'ils font et pourquoi ils le font.

Quand ils donnent le vératrum à un cholérique, ils savent qu'ils prescrivent un médicament qui produit les symptômes analogues au choléra. Et pourquoi le font-ils ? parce que ce médicament est indiqué par la loi des sem-

blables et que la loi des semblables est une indication positive.

De même pour le sublimé dans la dysenterie, pour l'ipéca dans l'asthme, pour l'arsenic dans la dartre, pour la bryone et le phosphore dans la pneumonie, pour la cantharide dans la néphrite parenchymateuse, pour la picrotoxine dans l'épilepsie, etc., etc.

Ces médecins prescrivent d'après la loi des semblables un médicament qui produit dans l'organisme sain un état analogue, *ils savent ce qu'ils font et pourquoi ils le font* : mais eux seuls jouissent de ces privilèges.

D^r P. Jousset.

---

# MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

(*Suite*)

## Drosera rotundifolia.

Toux spasmodique débutant dans la soirée; les efforts pour expectorer se terminent par des nausées et des vomissements; toux aboyante revenant si fréquemment que le malade en perd la respiration.

## Dulcamara.

Elle a une action spécifique sur la peau, les glandes et les organes de la digestion, elle agit également sur les muqueuses et le tissu musculaire dont elle produit le catarrhe et sur le tissu musculaire où elle développe des symptômes rhumatismaux.

Les symptômes s'aggravent par le temps froid et humide et par les changements de temps passant brusquement au froid.

## ELAPS CORALLINUS.

Rhume de cerveau chez les enfants avec nez complètement obstrué. L'eau froide laisse une sensation de grand froid dans l'estomac.

## ELATERIUM.

Diarrhée aqueuse, écumeuse avec selles abondantes, précédées de violentes tranchées dans le ventre avec frissons, prostration et coliques; selles d'un vert d'olive qui sortent toujours à gros bouillons.

## EUPATORIUM PERFOLIATUM.

Fièvre intermittente. Le frisson commence dans le dos vers 7 ou 9 heures du matin; il s'accompagne de soif et de douleurs de brisure dans les os; puis il survient de la chaleur avec augmentation des douleurs et enfin une transpiration soit peu soit très abondante.

La caractéristique est le vomissement. Le malade vomit de l'eau et la nourriture qu'il a prise, ou de la bile quand cesse le frisson.

## EUPHRASIA.

Elle agit surtout sur les muqueuses et principalement sur celle des yeux et sur celle de la partie supérieure des voies respiratoires.

## FERRUM METALLICUM.

Il produit une fausse pléthore, une distribution irrégulière du sang avec maux de tête, saignement de nez, dyspnée, névralgie, etc. Son action est la dilatation des vaisseaux sanguins.

Caractéristiques :

1° Anémie avec pléthore;

2° Vomissements de nourriture;

3° Frisson avec face rouge et soif;

4° Figure congestionnée;

5° Refroidissement du corps;

6° Diarrhée d'aliments non digérés, pire en mangeant.

### Ferrum phosphoricum.

Tous les malaises de nature hyperhémique ou congestive et l'anémie sont dans sa sphère d'action.

Caractéristiques :

1° Première période de l'inflammation;

2° Complexion floride;

3° Il occupe le milieu entre Aconit et Gelsemium dans les états fébriles;

4° Il tient le milieu entre Ferrum métallicum et Phosphorus dans les troubles respiratoires.

### Gelsemium sempervirens.

Gelsemium concentre son action sur le système nerveux et produit différents degrés de paralysie motrice d'abord puis sensitive. L'état nerveux déprimé, la langueur et la stupeur sont caractéristiques de ce médicament. Il diminue aussi l'action du cœur et des poumons.

1° On tombe de sommeil et on a la sensation que le cœur s'arrête de battre, ce qui vous force à remuer pour stimuler son action;

2° Fièvre avec assoupissement, hébétude et vertige, absence de soif;

3° Douleurs musculaires sourdes et profondes.

### Glonoïne.

La glonoïne produit une hyperhémie cérébrale active, des palpitations de cœur, etc. Beaucoup de ses symptômes rappellent l'insolation; il n'y a ni fièvre ni inflammation, mais de la tendance à de violentes et soudaines irrégularités du cœur. Tous les symptômes s'aggravent au soleil.

### GRAPHITES.

Il agit surtout sur la peau où il produit une éruption humide et gluante, de l'eczéma, des fissures. Les glandes sont engorgées et les sécrétions âcres.

Caractéristiques :

1° Tristesse ;

2° Selles moulées avec des mucosités ;

3° Eruptions humides et galeuses.

### HELLEBORUS NIGER.

Helleborus produit un état de dépression sensorielle et une faiblesse musculaire générale qui peut aller jusqu'à la paralysie. Il produit aussi des hydropisies ; c'est un remède pour les cas où la vitalité est très affaiblie et pour les maladies graves.

### HEPAR SULFURIS.

Il produit une diminution de la sensibilité du système nerveux et amène de l'intolérance de la douleur et de l'abattement.

Caractéristiques :

1° Tendance à la suppuration ;

2° Sensibilité pour l'air froid ;

3° Sensibilité du système nerveux exagérée ;

4° Désir de choses fortes, d'acides ;

5° Peau malade ; les moindres écorchures suppurent.

### HYDRASTIS CANADENSIS.

Il agit spécialement sur les membranes muqueuses où il amène la production de sécrétions épaisses, jaunâtres et gluantes. Il produit aussi un état de marasme et est particulièrement actif chez les vieillards, chez les sujets facilement fatigués ou cachectiques avec une grande débilité de l'émaciation, de la prostration et une digestion défectueuse.

HYOSCIAMUS NIGER.

Troubles profonds du système nerveux. Peinture parfaite de la manie avec un caractère quelque peu querelleur et obscène. Tiraillements et spasmes musculaires avec délire, faiblesse et agitation nerveuse très marquée.

IGNATIA AMARA.

Ignatia produit une hyperesthésie marquée de tous les sens et une tendance aux spasmes chroniques. Au point de vue mental, l'élément émotionnel est prédominant, de là son application principale à l'hystérie. Il détruit l'harmonie d'action entre les différentes parties de l'organisme et pervertit la coordination des fonctions.

C'est un remède plein de contradictions, par exemple il y aura fièvre sans soif, mal de gorge soulagé en avalant, sensibilité diminuée par la pression, frissons soulagés en se découvrant, mal de tête diminué en se penchant, etc. Le caractère est changeant, renfermé, porté à soupirer, mélancolique avec tendance à pleurer. C'est le remède des déceptions et des plaintes causées par la crainte et la jalousie.

IODIUM.

Il agit sur le système lymphatique et ganglionnaire qu'il stimule d'abord et chez lequel il produit une augmentation d'action rapidement suivie d'une dépression marquée, d'émaciation et d'atrophie.

Caractéristiques :

1° Appétit vorace avec grand amaigrissement ;

2° Engorgement ganglionnaire;

3° Fièvre qui se distingue de celle de l'Aconit par les symptômes mentaux.

IPÉCACUANHA.

Il agit surtout sur les ramifications du pneumogastrique

et produit une irritation spasmodique dans la poitrine et l'estomac. Les symptômes gastriques, spécialement des nausées permanentes et des vomissements prédominent. A côté de cela les symptômes d'Ipéca présentent un caractère nettement intermittent d'où son emploi dans la malaria.

Nausées constantes et langue propre sont les vrais caractéristiques de ce médicament.

### IRIS VERSICOLOR.

Maux de tête périodiques, spécialement chez les étudiants et les professeurs; douleurs intenses supraorbitaires et avec battements, qui causent un obscurcissement temporaire de la vue. Au summum du mal de tête il survient des vomissements amers ou acides.

### KALI BICHROMICUM.

Il produit un catarrhe des muqueuses caractérisé par une sécrétion excessive de mucus dur. Il cause aussi des ulcérations et la formation de fausses membranes.

Caractéristiques :

1° Crachats difficiles à détacher;

2° Ulcérations tendant à la perforation;

3° Maladies des enfants gras et blonds.

### KALI CARBONICUM.

Il produit une irritation excessive de la muqueuse des voies respiratoires, de l'appareil digestif et des organes sexuels femelles. Il cause la sécheresse des muqueuses, d'où douleurs de piqûres.

Caractéristiques :

1° Douleurs de piqûres;

2° Petite poche au-dessous des yeux;

3° Grande faiblesse dans le bas du dos;

4° Aggravation des symptômes à 3 ou 4 heures du matin.

KALI HYDRIODICUM.

Sécrétions aqueuses et âcres, yeux cuisants et pleureurs. Le malade a alternativement froid et chaud et la gorge est douloureuse.

KALI MURIATICUM.

Il correspond à beaucoup d'affections des yeux, des oreilles et de la gorge.

Caractéristiques :

1° Enduit blanc ou grisâtre à la base de la langue ;

2° Expectoration de mucosités épaisses et blanches ou de glaires ;

3° Exsudats fibrineux ;

4° Glandes engorgées ;

5° Aggravation par une nourriture trop grasse ou trop assaisonnée ou par la pâtisserie.

KALI PERMANGANICUM.

Gorge enflée à l'intérieur et à l'extérieur, les fausses membranes sont horriblement puantes, il y a un écoulement épais par le nez. La fétidité est caractéristique.

KALI PHOSPHORICUM.

Troubles du système nerveux. Il correspond à la neurasthénie et fait disparaître la faiblesse musculaire consécutive aux maladies aiguës.

KALI SULPHURICUM.

Il correspond à la troisième période de l'inflammation lorsque l'écoulement muqueux est de couleur jaune. Les maladies de la peau sont également dans sa sphère d'action.

KALMIA LATIFOLIA.

Douleurs déchirantes dans les jambes, douleurs rhu-

matismales dans la poitrine qui vont d'une articulation dans l'autre si on les déplace par des applications externes.

Douleurs aiguës dans la région du cœur qui répondent dans le ventre et gênent la respiration. Pouls très faible avec engourdissement et élancements dans le bras gauche.

### Lachesis trigonocephalus.

Il produit outre l'empoisonnement du sang, une grande hyperesthésie de tout le corps qui donne naissance à ce grand caractéristique du remède : impossibilité de supporter quelque chose de serré autour du cou.

Caractéristiques :

1° Grande sensibilité de tout le corps et impossibilité d'avoir des vêtements boutonnés autour du cou ;

2° C'est un remède du côté gauche :

3° Aggravation générale au réveil ;

4° Il est employé pour les troubles de la ménopause.

### Ledum palustre.

Inflammation rhumatismale des articulations sans fièvre : les douleurs voyagent en se dirigeant en haut. Raideur du dos comme après être resté longtemps assis.

### Leptandra.

Selles abondantes, noires, semblables à du goudron, fétides.

### Lilium tigrinum.

Sensation d'abaissement dans la région de l'utérus et du vagin comme si quelque chose voulait sortir ; la malade est forcée d'appuyer la main sur la vulve pour atténuer ce symptôme. Douleur dans la région pelvienne.

### Lycopodium clavatum.

Il convient particulièrement aux affections qui se développent graduellement, quand le pouvoir fonctionnel s'affaiblit en même temps que le pouvoir digestif, et

lorsque les fonctions du foie sont sérieusement troublées. Les troubles urinaires sont également très marqués.

Caractéristiques :

1° Aggravation de 4 à 8 heures du matin;

2° Grande aggravation par le froid;

3° Le mal va de droite à gauche;

4° Les sécrétions sont irritantes et épaisses; il y a des sédiments rouges dans les urines.

### Magnesia carbonica.

Il agit sur les organes gastro-intestinaux, produit une nutrition défectueuse et des coliques.

Caractéristiques :

1° Enfants pâles, maladifs qui ont des coliques et des selles vertes;

2° Maux de dents de la grossesse;

3° Le sang des règles est noir et coule seulement la nuit.

### Magnesia muriatica.

Médicament des femmes et des enfants dans l'hystérie, la scrofule et les affections du foie.

### Magnesia prosphorica.

Il correspond aux douleurs spasmodiques le long du trajet des nerfs et à des spasmes dans différentes parties du corps : coliques, crampes, etc.

### Mercurius.

Caractéristiques :

1° Fétidité de l'haleine;

2° Langue molle présentant les empreintes des dents;

3° Gorge sensible extérieurement;

4° Sensibilité à l'air froid;

5° Ulcérations superficielles;

6° Maladies du côté droit;

7° Sensation de n'être jamais débarrassé suffisamment après être allé à la selle;

8° Transpiration facile;

9° Grande aggravation nocturne.

### MILLEFOLIUM.

Hémorrhagie de sang rouge vif de n'importe quelle partie du corps survenant à la suite d'un traumatisme. Hémophysie, épistaxis ou hémorrhagie de l'utérus ou de l'intestin.

### MOSCHUS.

Excitation vasculaire et nerveuse. Besoin de remuer continuel. Le plus petit exercice cause un mal de tête et la plus petite douleur amène une faiblesse. Grande accumulation de gaz qui peut amener un évanouissement par suite de compression du plexus solaire. Spasmes et suffocations.

### MUREX PURPUREA.

Sensation de quelque chose qui presse sur un endroit sensible dans le bassin, sécrétions profuses. Grande excitation sexuelle.

### NATRUM CARBONICUM.

Il agit principalement sur l'estomac et les intestins. Ses symptômes rappellent aussi ceux de l'hypochondrie.

### NATRUM MURIATICUM.

Il correspond à une nutrition défectueuse, à l'amaigrissement et à l'anémie. Il a une action importante sur le sang et est employé dans les fièvres intermittentes et es maladies de peau.

Caractéristiques :

1° Mauvaise nutrition, émaciation, anémie;

2° Battements dans le front;

3° Eruptions au bord du cuir chevelu;

4° Douleurs dans le dos, diminuées en se couchant sur quelque chose de dur ;

5° Soif violente ;

6° Aversion pour la nourriture.

NATRUM PHOSPHORICUM.

Il correspond à un état acide de l'organisme comme le montrent la dyspepsie et la diarrhée. Il est usité dans beaucoup de maladies des organes digestifs, le marasme, etc.

NATRUM SULPHURICUM.

Il convient quelque peu à la diathèse urique et aux états gastro-bilieux, aux affections malariennes et aux malaises pires par le temps humide. Il correspond à la constitution hydrogénoïde et à la sycose.

NUX MOSCHATA.

Symptômes d'hystérie avec évanouissements, et désir irrésistible de dormir, énorme tympanisme de l'abdomen même après un léger repas ; grande sécheresse de la bouche, dyspepsie à la suite d'efforts mentaux. Le chagrin vous prend en mangeant.

NUX VOMICA.

Par son action, les centres moteurs et la moelle épinière sont puissamment irrités et, par suite, leur excitabilité réflexe est énormement accrue. La moelle épinière est stimulée toute entière et le centre respiratoire augmente d'activité et cause plus de fréquence et d'amplitude des mouvements de la poitrine. Les mouvements péristaltiques sont accrus. Il se produit un état semblable au tétanos.

Caractéristiques :

1° Malades maigres, secs, de tempérament nervoso-bilieux avec grande susceptibilité aux impressions extérieures ;

2° Incommodités causées par l'emploi de purgatifs drastiques, les habitudes sédentaires, une nourriture trop substantielle;

3° Fatigue, sensation d'éreintement le matin au réveil.

### Opium.

Il agit sur le système nerveux cérébro-spinal et sur le grand sympathique en produisant une excitation de courte durée, rapidement suivie de dépression et de paralysie ; de là, les symptômes de torpeur et de dépression qui caractérisent cette drogue.

Stupeur avec assoupissement, respiration stertoreuse, perte du sentiment, état apoplectique doivent toujours faire penser à Opium.

### Pareira brava.

Besoin constant d'uriner avec douleur dans le gland. Le malade a besoin de se lever à tout moment pour uriner tellement le passage de l'urine est pénible. L'urine s'écoule goutte à goutte et contient beaucoup de mucus épais et visqueux.

### Petroleum.

Il agit sur la peau en produisant de l'eczéma, des fissures et des pustules. Son action se fait également sentir sur les systèmes glandulaire et digestif.

### Phellandrium.

Caractéristiques :

1° Maux de tête, qui gagnent les nerfs de l'œil;

2° Douleurs le long des conduits galactophores pendant l'allaitement ;

3° Expectoration horriblement désagréable chez les tuberculeux ;

### Phosphorus.

Il affecte profondément les muqueuses, cause de grandes

altérations dans la structure du foie chez lequel il produit d'abord de l'hypertrophie puis de la dégénérescence graisseuse. Il produit aussi de la carie et de la nécrose. Son action se fait sentir sur les organes génitaux des deux sexes. Il a aussi une action spéciale sur les organes respiratoires.

Caractéristiques :

1° Dégénérescence graisseuse des tissus ;

2° Carie des os ;

3° Appréhension de tout travail intellectuel ;

4° Diarrhée non douloureuse avec épuisement et prostration ;

7° Oppression ;

6° Fièvre adynamique grave avec absence de soif.

### PHYSOSTIGMA.

Il irrite les fibres nerveuses de la troisième paire et produit la contraction de la pupille et des spasmes de l'accommodation. Il agit puissamment sur la moelle épinière et produit des paralysies motrices

### PHYLOLACCA DECANDRA.

Courbature musculaire avec raideur pire la nuit et par le temps humide. Les douleurs sont moindres à l'air.

### PIX LIQUIDA.

Suppuration avec douleur dans le 3e cartilage costal gauche. Eczéma de la face dorsale des mains.

### PLATINA.

Il déprime le système cérébro-spinal et produit de la tendance à la torpeur et à la paralysie. Dans la sphère émotionnelle, il y a, sous son action, anxiété, appréhension, etc.

### PLUMBUM METALLICUM.

Liseré bleu des gencives, teint cireux, blême, luisant

et gras; goût douceâtre dans la bouche : tout à goût sucré. Il y a aussi quelques symptômes d'hystérie. Constipation opiniâtre avec rétraction des parois du ventre.

### Podophyllum pellatum.

Il affecte principalement les intestins, spécialement le petit intestin en y produisant une espèce d'entérite. Il produit également un état d'irritation du rectum et de l'anus avec hémorrhoïdes et prolapsus de la muqueuse du rectum.

La diarrhée caractéristique de Podophyllum est une diarrhée matutinale, sans douleurs aqueuse, avec selles jaunes, profuses, expulsées comme de l'eau sortant d'un tuyau, précédées de nausées et de vomissement, suivies de sensation d'une grande faiblesse dans le ventre et spécialement dans le rectum. Les selles sont pires après avoir mangé et bu. Il peut d'ailleurs y avoir des selles naturelles à un autre moment de la journée.

### Psorinum.

Caractéristiques :

1° Odeur désagréable du corps ;

2° Sueurs profuses au moindre effort ;

3° Maux de tête s'accompagnant d'une grande faim ;

3° Manque de réaction dû à l'infection psorique.

### Pulsatilla nigricans.

Pulsatilla agit d'une façon marquée sur toutes les muqueuses en y produisant un état catarrhal et sur les synoviales en y produisant un état arthritique ou rhumatismal. C'est un grand remède du système veineux, et dans son action sur l'appareil génital de la femme, il est vraiment supérieur. C'est un grand polychreste dont les caractéristiques nettement établies rendent facile son emploi dans toutes les formes des maladies.

Caractéristiques :

1° Caractère larmoyant, doux et soumis ;

2° Inconstance et variabilité des symptômes ;

3° Aggravation le soir après le repas et pendant la nuit ;

4° Soulagement par le mouvement au froid et à l'air libre ;

5° Pâleur de la face et frissons, même avec sensation de chaleur ;

6° Les sécrétions ne sont pas irritantes leur couleur est jaune ou jaune verdâtre.

### RANUNCULUS BULBOSUS.

Il agit spécialement sur le tissu musculaire et la peau et ses effets les plus caractéristiques se font sentir dans les espaces intercosteux comme une pleurodynie. Ses symptômes sont particulièrement aggravés par les changements de temps.

### RHEUM.

Diarrhée de selles acides et glaireuses, brunâtres et écumeuses avec ténesme et coliques. Tout le corps a une odeur aigre.

### RHODODENDRON.

Douleurs rhumatismales pires par le repos et le changement de temps. Rhumatisme des petites articulations, ou rhumatismes goutteux. Aggravation générale avec une tempête.

### RHUS TOXICODENDRON.

Il affecte puissamment la peau, les muqueuses et le tissu fibreux. Il produit également des symptômes semblables à ceux des fièvres graves. C'est aussi le remède des entorses, du surmenage est des mauvais effets de l'humidité.

La grande caractéristique est le soulagement par le mouvement prolongé et l'aggravation par le repos.

### Rumex crispus.

Toux tracassante, persistante, aggravée à l'air froid. Le malade se couvre la tête pour respirer de l'air chaud. Il a un chatouillement dans le creux sus-sternal qui cause sa toux.

### Sabadilla.

Influenza avec violents éternuements, larmoiement en allant à l'air, écoulement nasal, aqueux et irritant. Yeux enflés, enflure de la gorge et des amygdales.

### Sabina.

Métrorrhagie avec écoulement d'un sang rouge vif coulant avec des paroxysmes et s'accompagnant de douleurs dans les articulations. Menaces d'avortement à trois mois, avec douleur à l'extrémité du dos gagnant les cuisses dans la partie antérieure desquelles il y a une sensation de courbature.

### Sanguinaria canadensis.

Elle affecte surtout le côté droit et agit sur toutes les muqueuses, mais principalement sur celle de l'appareil respiratoire. Troubles vaso-moteurs tels que : rougeur des pommettes, bouffées de chaleur, afflux du sang à la tête ou à la poitrine, distension des veines temporales, brûlure à la paume des mains ou à la plante des pieds.

### Secale cornutum.

Il produit la contraction des fibres musculaires lisses, aussi se montre-t-il astringent dans tout le corps. L'anémie, le refroidissement, l'engourdissement, les pétéchies, la gangrène sont dans la sphère d'action de ce puissant remède.

SELENIUM.

Il agit sur le système nerveux en produisant une faiblesse et une débilité générale exprimées par une fatigue facile à la suite de tout exercice ou travail. Le temps chaud affaiblit. Il y a désir de sommeil. Epuisement nerveux par suite de pertes séminales.

SENECIO AUREUS.

Inflammation de l'utérus et troubles de la menstruation tels que : dysménorrhée et suppression de règles avec douleurs au col de la vessie.

SENEGA.

Enrouement, la gorge est tellement sèche, qu'elle fait mal pour parler. Grande accumulation de mucosités dans la poitrine avec difficulté pour les expectorer. Toute la poitrine est douloureuse.

SEPIA.

Il cause une pléthore veineuse, d'abord dans le système de la veine-porte puis dans tout le corps.

Caractéristiques :

1° Faiblesse ;

2° Teint jaune ;

3° Sensation comme si on allait tomber ;

4° Soulagement des symptômes par un exercice violent.

5° Amélioration au milieu du jour.

SILICEA.

Il correspond à la diathèse scrofuleuse. Son action est profonde et dure longtemps. Il convient aux mauvaises constitutions dues à une assimilation défectueuse. Il correspond au processus de la suppuration.

SPIGELIA ANTHELMINTICA.

Il agit principalement sur les muscles de l'œil et du

cœur, d'où sa valeur dans les affections rhumatismales de ces organes. Il convient spécialement aux sujets anémiques débilités par le rhumatisme et aux enfants scrofuleux affectés de vers.

Ses caractéristiques sont :

1° Une douleur névralgique qui part de l'occiput, gagne le dessus de la tête et se fixe au-dessus de l'œil gauche, aggravée par le bruit et le changement de temps, commençant le matin au lever du soleil, atteignant son acmé à midi et diminuant à mesure que le jour baisse. Il y a aussi une sensation comme si la tête était ouverte au vertex ;

2° Elancements aigus dans le côté gauche de la poitrine s'irradiant dans le bras et le cou, pires par le mouvement. Le pouls n'est pas synchrone aux battements du cœur. En plaçant la main dans la région du cœur, on a la sensation de caresser le dos d'un chat qui fait le rouet.

SPONGIA TOSTA.

Engorgement des glandes et inflammation des muqueuses, surtout du larynx et de la trachée.

STANNUM.

Il produit un état de neurasthénie, une prostation complète du système nerveux avec névralgies, etc.

STAPHYSAGRIA.

Il semble agir principalement sur les organes génito-urinaires, spécialement sur la prostate et correspond à de nombreux symptômes résultant d'un état anormal de cette région.

Caractéristiques :

1° Suites d'une colère contenue, humeur chagrine, et sensibilité exagérée ;

2° Esprit porté aux sujets sexuels. Suites d'excès sexuels et d'onanisme ;

3° Carie dentaire précoce, décoloration des dents ;

4° La grande caractéristique est la sensibilité exagérée des organes sexuels, des ovaires, des dents, de l'abdomen et des plaies.

### STICTA PULMONARIA.

Elle présente des symptômes de coryza, du catarrhe des bronches, et de l'influenza avec des symptômes nerveux et rhumatismaux. Il y a aussi une sensation de malaise général.

### STRAMONIUM.

Il agit principalement sur le sensorium commune, donne lieu à un délire, à des hallucinations et présente le tableau de la manie aiguë. A d'autres égards, son action est aussi similaire à celle de Belladone et Hyosciamus dont il diffère par sa grande perversion des sens. Il a moins de congestion que Belladone et n'arrive jamais à produire une inflammation véritable.

Caractéristiques :

Délire avec figure d'un rouge vif, yeux brillants, égarés et injectés, hallucinations horribles. Les objets sautent de tous côtés. Des animaux viennent vous terrifier par leur apparition. Il y a grande loquacité, le malade parle tout le temps, rit, joue, chante et prie. Il veut de la lumière et craint l'obscurité. Les objets brillants causent le délire des spasmes et des convulsions.

### SULPHUR.

Il agit sur tous les organes et sur tous les tissus du corps. Il produit un engorgement veineux chronique avec une longue suite de symptômes. Les sécrétions sont excessivement âcres. Par son action sur le sympathique.

Sulphur cause le manque d'assimilation. Il est spécialement applicable aux affections chroniques qui ont leur cause dans le système ganglionnaire.

Caractéristiques :

1° Le corps est petit et chétif ;

2° Aversion pour l'eau, pour se laver ;

3° Sensation de vide dans l'estomac à 11 heures du matin ;

4° Sommeil léger ;

5° Chaleur au sommet de la tête, et brûlure dans la peaume des mains et sous la plante des pieds ;

6° Manque de réaction après des médicaments choisis avec beaucoup de soins ;

7° On marche courbé ;

8° On veut beaucoup de boissons et peu de nourriture ;

9° Diarrhée matutinale qui force à quitter le lit ;

10° Grande aggravation la nuit.

### Tabacum.

Il agit spécialement sur la moelle et le pneumogastrique et produit le relâchement ou la paralysie des fibres musculaires lisses. Oppression cardiaque, pouls intermittent, nausées, vertiges, pâleur mortelle, froid et sueurs glaciales, tremblement nerveux et débilité, sont le résultat de son action.

### Taraxacum.

Langue dont l'enduit s'enlève par plaques ; affections hépatiques avec sensibilité de la région du foie et diarrhée bilieuse.

### Tarentula hispana.

Extrême agitation, le malade doit remuer constamment, bien que le mouvement aggrave son état.

### Terebinthina.

Douleur profonde dans la région rénale : douleurs récentes et strangurie des plus pénibles. Urine peu abondante, sanguinolente, foncée, sentant la violette. Il peut aussi y avoir du lympanisme.

### Teucrium marum verum.

Catarrhe avec expectoration de concrétions venant des fosses nasales postérieures. Polype du nez.

### Thuya occidentalis.

Il agit surtout sur la peau et sur l'appareil génito-urinaire. Il les irrite et modifie leurs sécrétions. Il produit aussi sur la peau des excroissances semblables aux verrues.

### Veratrum album.

Il agit profondément dans la sphère végétative et produit le tableau du collapsus avec refroidissement extrême, cyanose et faiblesse.

Caractéristiques :

1° Tout est abondant : les vomissements les sueurs, la diarrhée ;

2° Sueurs froides ;

3° Sensation de brûlure interne ;

4° La surface du corps est froide et bleuâtre ;

5° Les selles précédées de coliques sont profuses et évacuées avec violence. Elles sont suivies d'une grande prostration.

### Veratrum viride.

Il exerce une influence marquée sur l'encéphale, principalement le cervelet et la portion intracranienne de la moelle épinière, et en outre sur le système musculaire. Il agit probablement sur les nerfs inhibiteurs du cœur et commande à l'action du cœur à un degré remarquable.

Caractéristiques :

1° Période congestive de l'inflammation produite surtout par le système artériel ;

2° Langue sèche avec une raie rouge au milieu ;

3° Pouls plein et rapide ;

4° Nausées en marchant ;

5° Maladies spasmodiques s'accompagnant d'irritation de l'estomac et d'une grande suractivité vasculaire.

### VERBASCUM THAPSUS.

Catarrhe ou refroidissement s'accompagnant de névralgies et d'une toux enrouée, aboyante. C'est aussi un bon remède pour l'irritabilité vésicale.

### ZINCUM METALLICUM.

Il agit comme tonique des nerfs moteurs périphériques et sensitifs, mais à petites doses longtemps continuées et produit de la cachexie avec prostration, affaiblissement des facultés mentales et émaciation.

Caractéristiques :

1° Tiraillements musculaires ;

2° Aggravation par le vin ;

3° Sensation de fourmillements ou de quelque chose qui grimpe sur la peau.

*Traduit par le* Dr G. NIMIER.

# THÉRAPEUTIQUE

## Action du sérum de Roux sur la production et la guérison de l'albuminurie

Le professeur Spronck vient de communiquer à la *Semaine médicale* (24 nov. 1897) le résultat de ses études expérimentales sur l'action du sérum antidiphtéritique, sur l'albumine diphtéritique préexistante. Voici en quels termes il résume son travail :

« En résumé, je crois donc pouvoir conclure ;

1° « Qu'une injection sous-cutanée de 10 c.c. de sérum antidiphtérique ou de sérum de cheval non immunisé (non additionnée d'un antiseptique) détermine, chez un lapin sain pesant de 2 à 3 kilos, une albuminurie très légère, laquelle ne persiste que pendant vingt-quatre heures et résulte simplement du passage d'une petite quantité de l'albumine de sérum à travers le filtre rénal;

« 2° Que ce passage de l'albumine est un peu plus prononcé et dure un peu plus longtemps lorsque le lapin présente de l'albuminurie diphtérique ou qu'il est récemment rétabli d'une albuminurie ;

« 3° Que le sérum antidiphtérique n'exerce aucune influence nocive sur l'albuminurie diphtérique préexistante du lapin ,même lorsqu'on injecte des doses relativement fortes de ce liquide sous la peau de l'animal ;

« 4° Que, tout au contraire, ce sérum exerce une action favorable s'il est injecté dès le début de l'albuminurie diphtérique,ou dans les vingt-quatre à quarante-huit heures après l'apparition de l'albuminurie ;

« 5° Enfin, que le sérum antidiphtérique est incapable d'enrayer promptement une albuminurie diphtérique, mais qu'il peut en modifier favorablement la marche et en diminuer l'intensité et la durée.

« Certes, conclure sur ces points de l'animal à l'homme serait prématuré. D'ailleurs, la dose de 10 c.c. de sérum chez un lapin de 2 à 3 kilos est de beaucoup supérieure à celle de 10 à 20 c.c. indiquée par M. Roux pour un enfant du poids moyen de 14 kilos. mais comme il s'agissait de rechercher quelle action, favorable ou nocive, le sérum exerce sur la lésion rénale diphtérique, il semblait préférable d'expérimenter avec de fortes doses afin d'accentuer l'effet produit. Néanmoins, ces résultats expérimentaux semblent utilisables pour élucider certaines questions que la clinique n'a pas encore résolues.

« MM. Sevestre et Martin (1) concluent de leurs observations concernant l'albuminurie dans ses rapports avec les injections de sérum pratiquées chez les enfants « que le sérum peut, dans un certain nombre de cas, favoriser la production de l'albuminurie, mais que celle-ci est alors très peu importante; d'autre part, que le sérum peut exercer une action favorable sur une albuminurie préexistante, mais que ce résultat n'est malheureusement pas constant, de sorte que, s'il existe une lésion rénale déjà constituée, on ne peut espérer que le sérum la guérira. »

« Lorsqu'on compare ces conclusions avec les résultats de l'expérience sur le lapin, une certaine analogie nous frappe. En effet, si dans quelques cas le sérum favorise la production d'une albuminurie peu intense, c'est peut-être

(1) Sevestre et L. Martin. *Traité des maladies de l'enfance. T. I, p.* 639.

qu'on retrouve dans les urines de l'homme une petite quantité de l'albumine du sérum injecté, notamment dans les cas où il existe déjà, au moment de l'injection, quelque altération des reins à peine ou nullement appréciable.

« En second lieu, si l'observation clinique autorise à admettre que le sérum peut exercer une action favorable sur une albuminurie préexistante, l'expérience sur le lapin nous apprend que le sérum ne produit cet effet qu'à la condition que l'albuminurie soit de date récente.

« Si, d'autre part, la clinique enseigne que ce résultat favorable n'est point constant, nos expériences démontrent qu'on ne peut espérer voir le sérum guérir une lésion diphtérique des reins constituée déjà depuis plusieurs jours.

« Enfin, l'expérience sur l'animal prouve que l'injection de sérum est indiquée si l'albuminurie est récente ou si la date de son début est inconnue, attendu que le sérum n'exerce pas d'influence nocive sur la marche de l'affection rénale constituée.

« *Mais comment expliquer l'action favorable que le sérum exerce sur l'albuminurie de date récente? Comment le sérum, incapable d'arrêter la marche de l'albuminurie, en diminue-t-il la durée et l'intensité? Ce sérum, enfin, est-il capable de réparer les lésions rénales?*

« *Pour expliquer l'action favorable qu'exerce le sérum antidiphtérique sur la marche de l'albuminurie, je serais porté à admettre que les cellules du rein, imprégnées par la toxine diphtérique, ne subissent qu'au fur et à mesure son influence nocive, et que la substance antitoxique du sérum, douée d'une affinité particulière pour la toxine, va neutraliser une partie du poison assimilé par les cellules.* »

Le professeur Spronck reconnaît donc, dans le paragraphe que nous avons souligné, que le sérum de Roux exerce son action sur l'albuminurie de date récente, qu'il en diminue la durée et l'intensité et il se demande si ce sérum est capable de réparer les lésions rénales.

Pour expliquer cette action favorable, notre auteur accumule hypothèse sur hypothèse : hypothèse sur l'intoxication successive des cellules rénales, hypothèse sur l'affinité particulière du sérum antitoxique pour la toxine.

Le professeur Spronck est-il bien sûr que le sérum de Roux doit ses propriétés thérapeutiques à une *anti-toxine*? Personne n'a encore démontré cette hypothèse. Les animaux immunisés contre une maladie infectieuse quelconque reçoivent dans leur sang une toxine qui produit d'abord des désordres plus ou moins considérables et à laquelle ils s'accoutument ensuite ; la cellule organique est modifiée, les animaux acquièrent l'immunité et le sérum de leur sang devient apte à guérir la maladie contre laquelle ils ont été immunisés.

Voilà la succession des faits ! Quelle nécessité d'y ajouter une anti-toxine imaginaire ! Pour satisfaire à des habitudes intellectuelles, à une routine engendrée par la loi des contraires.

Si, au lieu de cela, on se place au point de vue de la loi des semblables, tous les faits deviennent clairs, faciles à comprendre et les déductions pratiques en découlent tout naturellement.

Quoi d'étonnant qu'une substance qui produit l'albuminurie guérisse l'albuminurie ? La cantharide n'en fait-elle pas autant ? Demandez à M. Lancereaux.

C'est parce que les sérums d'animaux immunisés ou malades produisent non seulement l'albuminurie mais

des néphrites, des cardites et des endocardites que, depuis quatre ans, je prescris avec un succès relatif ces différents liquides dans le traitement des néphrites.

Dr P. Jousset.

---

## Recherches sur l'action thérapeutique de la nouvelle tuberculine de Koch, par le Dr Letulle.

M. le Dr Letulle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux le résultat d'un essai de la tuberculine *résiduelle* sur 6 tuberculeux de l'hôpital. Conformément aux indications de Koch, M. Letulle a commencé par la dose de 1/5000 de milligramme sans jamais dépasser 1 milligramme. Les injections ont été en général faites tous les deux jours et elles n'ont jamais amené d'accidents locaux. Le sujet de la première observation était un tuberculeux avancé et fébricitant ; il fut pris d'hémoptysie après la cinquième injection, hémoptysie accompagnée d'une température considérable (40°2). On renonça au traitement. Le malade quitta l'hôpital et succomba quatre semaines après.

Le second malade était aussi un fébricitant ; de plus la tuberculose avait atteint le larynx ; c'était donc un fort mauvais cas. Aussi il continua à maigrir et à avoir de la fièvre. M. Letulle note cependant une atténuation de la douleur laryngo-pharyngienne sous l'influence de la tuberculine.

Le troisième malade était dans de meilleures conditions. C'était une tuberculose génito-urinaire avec induration du sommet droit ; il augmenta de poids au com-

mencement du traitement mais recommença à maigrir malgré sa continuation; il sortit de l'hôpital très soulagé de ses douleurs vésico-prostatiques.

Le quatrième malade était atteint d'une phtisie à marche lente, ayant irrégulièrement un mouvement fébrile variant de 38° à 38,5. Dans d'autres périodes il n'avait pas de fièvre du tout. Le traitement par la tuberculine *résiduelle* de Koch produisit une augmentation de poids de 4 kilogrammes et un léger degré de rétrocession de la lésion pulmonaire. Les crachats contenaient toujours le bacille de Koch.

La cinquième observation a trait à un vieillard atteint d'un abcès froid tuberculeux pré-axillaire. La seule amélioration qu'il retira du traitement fut une augmentation assez considérable de son poids (5 k. 500). Mais cette amélioration ne persista point, la lésion locale ne fut pas modifiée et enfin la tête du radius droit devint le siège d'une ostéite probablement tuberculeuse.

Dans la sixième observation, il s'agit d'un ouvrier atteint de tuberculose des deux sommets présentant habituellement un peu de fièvre hectique. Sous l'influence du traitement, l'état général s'améliora, le mouvement fébrile diminua d'une manière notable; le malade gagna 3 kilogrammes et les signes physiques s'amendèrent. Ce malade quitta le service le 17 juin. En juillet, la fièvre était revenue. Il avait déjà perdu 2 kilog. 500. Rentré dans le service le 27 septembre, *où il ne fut soumis à aucun traitement*, la fièvre tomba de nouveau et il regagna 2 kilog. 500.

« Nous pouvons avancer, dit en terminant M. Letulle, malgré le petit nombre de faits soumis à notre étude, que la nouvelle tuberculine de Koch ne paraît pas, cette fois

encore, être la substance sûrement immunisante, tant cherchée, si désirable ».

Nous ferons remarquer que dans les 3 cas encore susceptibles d'amélioration rapportés dans le mémoire de M. Letulle les malades n'ont présenté que 2 symptômes favorables : la diminution du mouvement fébrile et l'augmentation du poids. Or, pour tout médecin au courant de la question, le repos d'esprit et de corps, et la bonne nourriture suffisent à produire ces deux effets. Et je n'en veux pour preuve que la comparaison établie par M. Letulle entre les effets obtenus chez son dernier malade pendant le traitement et sans le traitement. Pendant le traitement par la tuberculine, en cinq semaines, ce malade avait gagné 3 kilogrammes et deux mois après, pendant cinq semaines sans traitement, il a gagné 2 kilog. 500.

Je remarque expressément que jamais les bacilles de Koch n'ont disparu des crachats ou de la suppuration, résultats que nous avons obtenus avec *le liquide de Klebs*.

Dans un article que nous avons publié dans l'*Art médical*, en mai 1897, je crois avoir démontré que la centrifugation à laquelle Koch soumet son liquide a pour résultat de le partager en deux couches, l'une *supérieure*, se mélangeant facilement avec la glycérine et ayant les propriétés toxiques de la tuberculine ordinaire, et l'autre *inférieure*, contenant le corps même des bacilles mais dépourvu de toxines. J'ai remarqué à ce propos que Klebs en versant dans l'alcool la tuberculine pure, partage cette tuberculine en 2 parties : une qui reste dissoute dans l'alcool et qui est très toxique (tuberculine pyrétogène), l'autre précipitée sous forme d'une poudre grise (tuberculine non pyrétogène).

Depuis plusieurs années, j'emploie cette tuberculine non pyrétogène de Klebs à la dose de 1 milligramme par injection. Jamais je n'ai eu ni accidents, ni aggravation ; il est vrai que je ne l'emploie pas chez les fébricitants. J'ai eu des améliorations bien plus considérables et bien plus durables que celles rapportées dans le mémoire de M. Letulle et quelquefois j'ai pu constater, au moins pour un temps, la disparition du bacille de Koch.

La tuberculine de Klebs a encore cet avantage que nous pouvons tous la préparer en France sans être obligé de nous adresser au *comptoir de M. Koch*.

Un dernier mot, Koch affirme qu'en injectant d'emblée à un cobaye 2 ou 3 milligrammes de la tuberculine résiduelle, on obtient une immunisation complète contre la tuberculose.

Dans son mémoire, M. Letulle s'exprime ainsi sur ce sujet : « Les inoculations au cobaye nous ont démontré qu'avec les échantillons délivrés d'avril à août 1897, à Paris, l'immunisation contre la tuberculose n'était *ni absolue*, *ni constante* aux doses indiquées par M. Koch lui-même et en suivant sa tactique ».

J'ai le regret de ne pas trouver cette phrase très claire. Je crois cependant qu'elle signifie que la tuberculine résiduelle n'immunise pas le cobaye contre la tuberculose. Ce ne serait pas la première fois que M. Koch ait avancé à la légère des assertions fausses, car il avait prétendu que sa première tuberculine vaccinait le cobaye. Or, Strauss a démontré que cette assertion était fausse.

Depuis des années, j'ai cherché une substance qui vaccine le cobaye contre la tuberculose et je ne l'ai point trouvé.

D[r] P. JOUSSET.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 novembre. — La cirrhose du foie et l'alcoolisme.* (Suite de la discussion.)

*M. Laborde.* — Le Dr Dupuy qui a exercé pendant dix ans aux États-Unis dans un pays où on ne boit que de l'eau ou du whisky avec un peu d'eau a observé souvent de la cirrhose hépatique et d'autres cirrhoses comme celles du cerveau et de la moelle épinière.

Le Dr Terrien qui exerce aux Essarts, en Vendée, dans un pays où l'on boit beaucoup de vin blanc, n'a jamais rencontré de cirrhose chez les buveurs de vin, et les cas qu'il a eu à soigner se sont tous montrés chez des buveurs d'alcools, d'apéritifs, qui sont en nombre très minime dans ce pays. Magnus Hüss, dans un livre sur l'alcoolisme, montre que la cirrhose hépatique doit être considérée comme l'une des expressions organiques de l'alcoolisme. Jaccoud et Dieulafoy au point de vue clinique, Cornil au point de vue anatomopathologique enseignent que l'alcool produit une inflammation interstitielle chronique à forme cirrhotique.

M. Laborde a étudié l'alcoolisme en Normandie où il est si fréquent et chez tous les individus qu'il a examinés il a constaté un état pathologique du foie.

Quant à la question du plâtrage du vin et de l'action des sels de potasse sur le foie, M. Laborde trouve que les

expériences de M. Lancereaux qui n'a pu doser la quantité de ces sels absorbée par les animaux en expérience, ne prouvent rien. Pour lui il a fait absorber depuis dix-huit jours à un chien 90 grammes de sel de potasse et l'animal se porte encore à merveille. D'ailleurs, tous les aliments ou presque tous contiennent des sels de potasse et quelques-uns en quantité très notable. Eh bien, si les sels de potasse produisaient véritablement la cirrhose du foie, pas un individu n'y échapperait.

La conclusion est donc que le vrai coupable de la cirrhose c'est l'alcool.

*M. Lancereaux.* — La cirrhose existait avant l'introduction de l'alcool en France. Sur un millier d'autopsies de buveurs il n'a jamais observé ni artério-sclérose, ni néphrite interstitielle, lésions qui seraient produites par l'alcool au dire de M. Laborde, à moins que ces individus ne fussent atteints concomitamment d'arthritisme.

Le Dr Berthier (du Croisic), qui a vu beaucoup de buveurs de vin blanc, à Nantes a souvent constaté la cirrhose hépatique à l'autopsie de ses malades à l'hôpital.

Le Dr Baratier (de Joigny) qui exerce dans un pays où l'on boit généralement de 6 à 8 litres de vin par jour, n'a rencontré en quatorze ans que 9 cas de cirrhose sur 8.000 habitants et encore les deux tiers ont été observés chez des gens qui buvaient des vins du Midi ou d'Algérie c'est-à-dire plâtrés, tous les autres habitants ne buvaient que du vin non plâtré ni fraudé, ce qui explique la rareté de la cirrhose hépatique chez eux. Il faut donc conclure que la cirrhose est rare dans les pays vignobles quant le vin absorbé est naturel, et que cette cirrhose s'observe chez les buveurs de vin plâtré.

*Séance du 9 novembre.* — Cette séance est entièrement consacrée à la lecture de rapports sur différents prix de l'Académie.

*Séance du 16 novembre.* — *Greffes osseuses.* — Après la lecture de plusieurs rapports sur divers concours, M. Dubar (de Lille) fait une communication sur des greffes osseuses hétéroplastiques pratiquées il y a six ans et demi chez une fillette de 10 ans dans l'articulation du poignet droit, atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse. L'opération consista à enlever les os du carpe qui étaient malades c'est-à-dire : le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal, le trapézoïde, la moitié du grand os et presque tout l'os crochu. La cavité laissée par l'ablation de ces os fut comblée par des fragments ostéo-cartilagineux découpés dans l'extrémité inférieure des fémurs d'un jeune chien qui venait d'être sacrifié. La plaie opératoire guérit sans complication et la petite malade a retrouvé tous les mouvements de l'articulation du poignet. De plus, l'examen radiographique a permis de constater que les greffes osseuses se sont greffées au milieu d'un tissu fibreux de nouvelle formation ou quelles se sont soudées à des débris d'os carpiens ; de plus, elles ont augmenté de volume.

*Séance du 22 novembre.* — Cette séance est entièrement consacrée à la lecture de rapports sur différents prix de l'Académie.

*Séance du 30 novembre.* — La séance est levée en signe de deuil à l'occasion de la mort du professeur Tarnier.

Dr G. Nimier.

## SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. De l'osteo-arthrite a pneumocoques. — II. Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage. — III. Un cas de purpura attribué a l'intoxication par la benzine. — IV. Trois cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques. — V. Infection gonococcique généralisée a symptomes obscurs. (Métrite hémorrhagique; œdème phlegmoneux du coude gauche; endopéricardite). — VI. Microbe trouvé par Thiroloix dans le rhumatisme articulaire aigu.

### I

(*Séance du* 29 *octobre.*) — M. Fernet rappelle qu'en janvier 1896, il a présenté à la Société un cas d'infection pneumococcique avec manifestations articulaires et méningée. Il disait, à ce moment, qu'à côté des manifestations pneumococciques purement articulaires, il existait « une ostéo-arthrite à pneumocoques, dans laquelle l'épanchement articulaire est des plus minimes, et qui s'accompagne de la destruction des ligaments, de la synoviale, des cartilages, du périoste, et qui entraîne une dénudation complète de l'os jusqu'au tissu spongieux. Au point de vue clinique, cette forme se manifeste par un gonflement et une rougeur des plus marqués, par des douleurs très vives entraînant l'impotence fonctionnelle, par une élévation thermique assez forte, par un état général mauvais. »

M. Fernet vient d'observer le cas suivant, ressemblant beaucoup au précédent :

Un homme de 56 ans, alcoolique, artério-scléreux, avec arythmie cardiaque et un peu d'albuminurie, entré à l'hôpital le 11 janvier dernier pour une bronchite avec quelques foyers de broncho-pneumonie.

Le 17 janvier, le malade accuse une douleur vive à l'extrémité de la clavicule, dans l'articulation acromio-claviculaire; il y a à ce niveau une tuméfaction évidente.

Le 30 janvier, l'articulation est toujours tuméfiée et douloureuse; en imprimant des mouvements à la clavicule, crépitation osseuse manifeste.

La broncho-pneumonie traîne, est remplacée par de la sclérose pulmonaire qui persiste au moment du départ du malade (30 mars). L'arthrite a été aussi en s'améliorant, mais l'extrémité externe de la clavicule parait ankylosée.

## II

M. Sevestre fait une communication au nom de son interne, M. Bonnus.

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, qui, le 26 juin dernier, avale une perle; accès de suffocation très violent, avec cyanose, gêne de la respiration, toux rauque et fréquente. Vers la fin de l'accès, qui dure une heure, expectoration de quelques crachats sanguinolents; pendant tout le temps de l'accès, affirment les parents, on entend très nettement à la fin de l'expiration un bruit assez fort qui paraît dû au choc du corps étranger.

Le 3 juillet, accès de suffocation analogue durant une demi-heure.

Le 21 juillet, troisième accès très violent, durant une heure, et amenant une véritable hémoptysie; pendant la nuit, nouvel accès assez court.

Le 22 juillet, l'enfant est amenée à l'hôpital où on la met en observation.

Le 24 juillet, accès très violent. Au lieu de faire la trachéotomie, étant donné que le corps étranger est mobile et d'un petit volume, l'interne fait le tubage en introduisant un tube plus volumineux que celui qui correspond à l'âge de l'enfant : M. Bonnus introduit très facilement un tube d'enfant de 7 à 9 ans ; production de quintes de toux ; à la seconde quinte, expulsion d'un fragment de perle en verre noir, suivi de mucosités contenant une poussière noire, provenant de débris de la perle.

Le tube est retiré au bout de 10 minutes. L'enfant a été revue à plusieurs reprises et continue à aller très bien.

M. Sevestre fait remarquer les avantages du tubage sur la trachéotomie dans ce cas (corps étranger mobile et de petite dimension). Il y a lieu aussi de remarquer dans ce cas la tolérance des voies respiratoires pour ce corps étranger qui y est resté près d'un mois sans amener de désordres sérieux.

M. Rendu, à propos de cette tolérance, signale un cas rapporté dernièrement dans le *Britisch medical Journal*, par Baillie Francis : « Un individu se trouve mal et tombe sans connaissance au moment où il fumait sa pipe. Revenu à lui, il constate que sa pipe est cassée et ne retrouve pas le fragment de tuyau qu'il avait à la bouche. A partir de ce moment, il est atteint de bronchite spasmodique qui persiste pendant trois semaines, puis se calme, en sorte qu'il reprend ses occupations sans être gêné. Trois mois après l'accident, au moment où il n'y pensait plus, il est pris d'une quinte de toux, et rejette le tuyau de pipe, long de plus de 4 centimètres. Ce corps étranger avait séjourné trois mois dans la bronche, dont deux mois sans provoquer aucun accident. »

III

MM. Lenoir et Claude lisent une observation de purpura qu'ils attribuent à une intoxication par la benzine.

Le nommé M..., 27 ans, teinturier, entre le 2 septembre dans le service du professeur Bouchard, à la Charité. D'une constitution assez forte, cet homme se plaint depuis plusieurs jours d'un affaiblissement général; il a une douleur siégeant dans l'hypochondre droit.

Du côté droit du thorax, on constate une matité remontant à l'angle inférieur de l'omoplate, complète, avec abolition des vibrations thoraciques; respiration nulle à la base; ni pectoriloquie, ni œgophonie. Une ponction exploratrice ne fournit aucun liquide.

Poumon gauche et cœur normal; foie débordant les fausses côtes droites de deux travers de doigt. Urine normale. Pas de toux, pas d'expectoration. Fièvre, 38,4 le matin, 39,6 le soir.

Les jours suivants, même température; décoloration progressive des téguments et des muqueuses; suintement sanguin persistant au niveau d'une dent arrachée quelque temps auparavant; haleine fétide; appétit diminué.

A ces symptômes d'anémie viennent se joindre des épistaxis.

Si l'on interroge le malade sur ses antécédents, aucune tare héréditaire; il est ouvrier teinturier depuis l'âge de 18 ans; il ne s'est jamais trouvé incommodé que par le benzinage; une fois par semaine, les teinturiers sont occupés à des manipulations avec de la benzine; la pièce est remplie de vapeurs benzinées et les ouvriers sont obligés de sortir respirer de temps à autre. Chaque jour de benzinage, il éprouvait des maux de tête violents; il

se sentait étourdi, grisé comme s'il avait bu ; il ne pouvait plus manger ; la nuit suivante, il a eu assez souvent des saignements de nez.

Il y a quatre mois, il dut quitter son emploi, car il était fatigué ; il avait à ce moment sur les membres inférieurs et les bras des taches jaunes bleuâtres semblables à des coups ; en quelques endroits, la peau entamée laissa suinter du sang. Au bout de deux mois, à la suite de l'extraction d'une dent, hémorrhagie puis suintement sanguinolent qui dure plus de huit jours. C'est à la suite de cette hémorrhagie qu'il commence à se sentir malade.

Le 18 septembre, état stationnaire ; pâleur de la peau et des muqueuses ; les signes stéthoscopiques du côté de la base du poumon droit persistent ; nouvelle ponction exploratrice sans résultats. Souffle avec renforcement dans les vaisseaux du cou, haleine mauvaise ; le suintement sanguin gingival persiste.

Le 28. Le suintement sanguin gingival est plus abondant. Pétéchies sur les lèvres avec soulèvement de la muqueuse. Taches purpuriques disséminées sur les membres et la face. La température persiste aux environs de 38° ou 38°,5 ; en montant de temps à autre à 39°. Le foie déborde de quatre travers de doigt et il est sensible.

Le 30. Décoloration plus marquée ; pétéchies plus nombreuses. La nuit précédente, épistaxis abondante.

Le 1[er] et le 3 octobre, nouvelles épistaxis.

Le 4. La température monte à 40° ; agitation, subdélire, mort dans un état comateux.

A l'autopsie, petits foyers hémorrhagiques dans le myocarde, dans les ganglions péri-bronchiques et péri-œsophagiens ; hémorrhagie dans la plèvre droite formant une pleurésie hémorrhagique cloisonnée.

Les auteurs ont fait des recherches sur les malaises éprouvés par les ouvriers qui travaillent avec la benzine et voici les observations principales qu'ils ont relevées.

Proust signale des phénomènes d'ébriété chez les ouvriers occupés au dégraissage des étoffes par la benzine.

Dans une communication au Congrès de Moscou, M. Sauterson, de Moscou, rapporte qu'il a observé dans une fabrique de vélocipède où l'on employait une solution de caoutchouc dans la benzine neuf cas d'empoisonnement, dont quatre mortels.

« Ces cas ont été observés exclusivement chez des jeunes femmes. Les symptômes de l'empoisonnement ont consisté en vomissements, céphalalgie, vertiges, abattement, anémie, mais avant tout se caractérisaient par des hémorrhagies du côté de la peau, quelquefois des gencives, de l'estomac et des organes génitaux. La marche de la maladie était subaiguë, l'évolution durait plusieurs semaines. La fabrique était mal ventilée, et dans les ateliers où les ouvriers restaient très longtemps on sentait une forte odeur de benzine. Dans un des cas qui se sont terminés par la mort, l'examen microscopique des organes à montré l'existence d'une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins. »

Dans des expériences sur les animaux, publiées en 1879 par M. Benech (*Arch. de méd. et de pharm. militaire*), on relève des accidents nerveux, cardiaques, des taches ecchymotiques et apoplectiformes des poumons ; des hémorrhagies protubérantielles et bulbaires.

Dans des expériences en cours de MM. Le Noir et Claude, on a constaté à l'autopsie des hémorrhagies de l'estomac, de l'intestin, du cœur et des poumons ; chez un lapin, des lésions doubles de broncho-pneumonie avec

épanchement fibrineux d'un côté, fibrineux et hémorrhagique de l'autre.

Ces deux auteurs concluent que la benzine peut produire un empoisonnement ressemblant au purpura et que leur malade en était un exemple.

IV

(*Séance du* 12 *novembre*). — M. Courtois-Suffit appelle l'attention de la Société sur trois cas d'abcès gazeux sous diaphragmatiques, qu'il a eu l'occasion d'observer récemment ; deux à l'hôpital Beaujon en juillet et août, le troisième à l'hôpital Broussais, par MM. Gilbert et Garnier.

Les abcès gazeux sous phréniques sont relativement assez rares ; il n'en existerait que cent quatre-vingt-dix cas connus, et encore le plus souvent le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

Le premier malade, agé de 40 ans, entre à l'hôpital le 6 juillet ; il a été pris la veille de douleurs abdominales généralisées, avec vomissements alimentaires et bilieux ; faciès grippé, ventre tendu et douloureux, constipation ; l'interne diagnostique une occlusion.

A l'examen l'abdomen est douloureux, surtout en un point limité, vers le bord externe du grand droit droit, au niveau d'une ligne qui prolongerait a peu près le bord inférieur de l'estomac ; tympanite généralisée.

Comme antécédents, signes de gastrite remontant à deux ans environ et plusieurs selles sanglantes assez abondantes, composées de sang rouge.

M. Courtois-Suffit pensait à une péritonite généralisée.

Le 9 juillet, le ventre présentait un aspect différent : moins tendu dans les régions inférieures, il apparaissait très nettement météorisé seulement à la partie supérieure ;

si bien qu'il semblait bilobé, les deux régions météorisées séparées par une ligne continuant à peu près le bord inférieur de l'estomac. La région tympanisée supérieure s'étendait plus à droite qu'à gauche, recouvrait tout l'hypochondre droit, faisant ainsi disparaître la matité hépatique. Le diagnostic occlusion reparaît probable ; le lendemain et les jours suivants le malade a des selles spontanées ce qui vient infirmer ce diagnostic. C'est à ce moment que M. Courtois-Suffit pense à un abcès gazeux sous diaphragmatique, mais une amélioration momentanée fit retarder l'intervention chirurgicale qui fut faite par le Dr Lejars le 22 juillet. Une incision sur la ligne médiane au dessus de l'ombilic permit d'arriver sur le foyer purulent : gaz très fétides et un litre de pus séreux mal lié. La poche était limitée par le diaphragme en haut, le foie et l'estomac en bas ; lavée à l'eau bouillie et drainée, elle diminua assez rapidement et le malade sortit complètement guéri le 21 septembre. M. Courtois-Suffit pense que cet abcès était consécutif à un ulcère du duodénum, indiqué par les symptômes de gastrite observés depuis deux ans et par les selles sanglantes.

Le deuxième cas, concerne une femme de 20 ans, ayant présenté antérieurement des symptômes d'ulcère simple de l'estomac (vomissements, hématémèse abondante, douleur en broche). Le 16 juillet prise subitement d'accidents très douloureux.

Le ventre présentait un aspect analogue à celui du malade précédent ; il était météorisé et bilobé ; les deux portions météorisées étant séparées par une dépression transversale, allant du rebord inférieur des fausses côtes droites au point symétrique du côté gauche en passant par l'ombilic. La ressemblance était assez grande avec le malade

précédent pour faire penser à la même lésion ; les signes suivants venaient confirmer le diagnostic : en faisant asseoir la malade, une zone de matité apparaissait à la région inférieure de l'hypochondre droit et de la voussure épigastrique et si l'on faisait prendre à la malade la position genu-pectorale, les coudes et les genoux reposant seuls sur le plan du lit, la matité devenait absolue dans toute l'étendue de la zone épigastrique, sonore auparavant. Dans cette position, en secouant la malade on percevait nettement le bruit de flot.

L'opération faite par Lejars le 6 août parut devoir réussir : pendant quatre jours l'amélioration fut telle qu'on pouvait espérer la guérison ; puis les accidents fébriles et les douleurs reparurent, la malade tomba dans le collapsus et mourut. L'autopsie montra qu'il y avait trois poches purulentes et que l'opération n'en avait vidé qu'une ; l'estomac était le siège de deux perforations.

L'importance de ces deux observations est d'avoir présenté ce même aspect bilobé spécial du ventre ; il est certain que lorsqu'on se retrouvera en présence d'un abdomen présentant le même aspect, on sera naturellement amené à penser aux abcès gazeux sous diaphragmatiques.

Le troisième malade, observé par MM. Gilbert et Garnier, est pris le 6 août dernier d'une douleur subite au milieu de l'abdomen, considérée par un médecin de la ville comme une colique hépatique ; il reste dans un mauvais état, très prostré, s'amaigrit très rapidement ; fièvre à oscillations vespérales. Il entre à l'hôpital ; abdomen légèrement saillant, tympanisme ; le foie paraît augmenté de volume ; l'auscultation montre les sommets sains ; à la base droite, dans le quart inférieur, une zone de matité,

avec disparition du murmure vésiculaire, deux ponctions exploratrices sans résultats.

Le 28 septembre, à cinq heures du soir, le malade est pris subitement d'une douleur très vive dans le côté droit, avec dyspnée; l'interne de garde constate du souffle amphorique à la base droite.

Le même état persiste les jours suivants; des nouvelles ponctions sont sans résultat.

Le 9 octobre le Dr Michaux l'opère et trouve un vaste abcès sus hépatique, contenant du pus et des gaz.

Amélioration passagère après l'opération; le malade meurt dans la cachexie un mois après.

L'autopsie a montré une péritonite tuberculeuse généralisée ; une infiltration tuberculeuse des deux sommets ; la base du poumon droit adhérant aux côtés et au diaphragme.

Les abcès gazeux sous diaphragmatiques consécutifs à ces péritonites tuberculeuses, sont beaucoup plus rares que ceux qui surviennent comme conséquences des ulcères gastriques ou duodénaux.

V

MM. Rendu et Hallé font une communication très intéressante sur un cas de septicémie mortelle paraissant causée par le bacille de la blennorrhagie, le gonocoque.

Voici un résumé succinct de leur observation :

Une femme de 30 ans entre le 22 mars dernier à l'hôpital Necker. Cette femme, souffrante depuis une dizaine de jours, paraissait atteinte de métrite : douleurs hypogastriques et lombaires, s'irradiant dans les cuisses, augmentant par la marche ; pas d'écoulement vaginal ; le col était normal ; l'utérus paraissait un peu volumineux ; rien dans

le cul-de-sac. L'examen des autres organes de l'économie était normal ; il n'y avait pas de fièvre ; cependant il existait une prostration générale qui n'était pas en rapport avec ce que l'on constatait.

Réglée à 14 ans, elle avait eu deux enfants, un à 19 ans, l'autre à 27. Ce dernier accouchement avait été pénible et, quinze jours après, il y avait eu de la fièvre et la malade avait dû garder le lit près d'un mois.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait perdu sa mère en province, avait dû faire un voyage fatigant qui paraissait le point de départ de tous les accidents.

La nuit de son entrée à l'hôpital métrorrhagie abondante qui persiste cinq jours et paraît une époque en avance de quelques jours ; cependant le troisième jour (25 mars) petit frisson et T. à 38,5. Nouvel examen local qui ne fait rien trouver d'anormal.

Dès le 28 mars la fièvre reparaît sous une forme rémittente, 37,6 le matin, 38,5 le soir ; des lavements d'antipyrine font disparaître la fièvre, mais l'état général reste mauvais et il y a un grand amaigrissement.

La fièvre reparaît le 5 avril et persiste les jours suivants avec cette rémittence irrégulière qui caractérise les états septiques. Le 10 avril, avec un spéculum et une pipette stérilisée, M. Hallé recueille au fond du col utérin et dans la cavité de la matrice un liquide séreux, transparent, contenant un peu de mucus, quelques leucocytes et un petit nombre de microorganismes ressemblant au diplocoque de Neisser. Les cultures permirent d'isoler à l'état de pureté le gonocoque avec tous ses caractères chimiques et bactériologiques.

Le 12 avril, nouvel incident : douleur vive au niveau du coude gauche, avec œdème de la région, douleur par les

mouvements ; l'articulation elle-même paraissait saine ; le lendemain tout l'avant-bras et une partie du bras étaient œdématiés ; apparence d'un phlegmon à marche rapide ; ponction avec seringue stérilisée, ramenant 1 centimètre cube d'une sérosité un peu louche, donnant par culture sur agar des gonocoques sans mélange d'autre microbe.

Le 14, incision de 4 à 5 centimètres de longueur à travers les tissus infiltrés, laissant écouler du sang et une sérosité louche ; en quelques jours guérison rapide et disparition des accidents.

Néanmoins l'état général reste mauvais, la fièvre va en augmentant, l'amaigrissement augmente.

Le 25, légère modification des battements du cœur, qui paraissent plus sourds.

Le 26, battements encore plus sourds ; au-devant de la région précordiale, non loin du bord gauche du sternum murmure doux, aspiratif, superficiel, correspondant à la diastole cardiaque et semblant se passer dans le péricarde.

Le 27, frottement péricardique tout à fait évident, on ne sent plus le choc de la pointe ; les battements sont sourds, précipités (130 puls.) ; urines rares et albumineuses. On fait une ponction de la veine basilique pour examiner le sang qui ne contient pas de micro-organisme. Les jours suivants l'état va en s'aggravant et la malade meurt le 5 mai.

A l'autopsie, péricardite avec un épanchement d'un demi litre environ d'une sérosité transparente. Le cœur est dilaté et mou, la valvule aortique est le siège d'une endocardite végétante : végétation en chou-fleur, garnissant le bord libre de deux des valvules. Les liquides pris peu après la mort à l'aide de pipettes stérilisées et prove-

nant du péricarde et des plèvres ne contiennent pas de micro-organismes ; par contre les végétations de la valvule aortique contiennent des gonocoques.

Voici une observation très intéressante, montrant les accidents graves que peut produire le gonocoque ; la porte d'entrée du microbe, la vaginite du début manque, on ne sait pas à quel moment elle a eu lieu, mais il est assez évident qu'elle a dû exister.

M. le Dr BEURMANN rappelle un cas de péricardite purulente qu'il a trouvé à l'autopsie d'une femme atteinte de blennorrhagie et dont la nature gonococcique a été démontrée par la bactériologie.

## VI

(*Séance du 19 novembre*). — MM. TRIBOULET, COYON et ZADOC ont recueilli, dans le service de M. Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec chorée ; à l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler les recherches de Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

Ils ont fait des ensemencements sur bouillon et sur lait stérilisé ; les cultures ont été les unes aérobies, les autres anaérobies. Les ensemencements ont été faits avec du liquide pleural, de la sérosité péricardique, du sang de la veine-cave inférieure, d'un fragment de valvule mitrale et d'un segment de moelle lombaire.

Le sang de la veine-cave, le fragment de valvule et le segment de moelle ont donné, en culture anaérobie, sur lait stérilisé, des résultats typiques.

1° En dix-huit heures environ, fermentation intense aboutissant à la séparation du lait en deux parties, l'une séreuse, l'autre représentant une émulsion grasse à grosses

bulles, solidifiée, d'aspect alvéolaire, tout à fait caractéristique, ainsi qu'on peut le voir par comparaison avec une culture-type fournie par Thiroloix.

La fermentation du lait a pour résultat le dégagement d'une odeur butyro-caséeuse franche qui ne présente aucune nuance de fétidité. Le développement gazeux est assez fort, parfois, pour briser le tube.

Sur lamelles, on colore aisément de gros bacilles, les uns courts et trapus, les autres un peu plus longs, rappelant assez bien les aspects polymorphes de la bactéridie charbonneuse, mais toujours avec un volume plus considérable que celle-ci. Le microbe supporte le Gram Weigert.

2° 2 centimètres cubes de la culture en injection intramusculaire dans la cuisse d'un cobaye ont amené la mort de l'animal en vingt-neuf heures, avec formation, au pli de l'aine, d'une vaste collection séro-œdémateuse (constatation analogue à celles de Thiroloix).

La présence du microbe dans la moelle épinière paraîtrait en faveur de la nature rhumatismale de la chorée.

D^r^ Marc Jousset.

---

*Erratum.* — Dans le numéro de novembre 1897 de l'*Art médical*, page 322, supprimer aux lignes 18 et 19, la phrase, « Nous nous sommes assuré qu'elle était très virulente pour le cobaye. »

---

# TABLE DES MATIÈRES

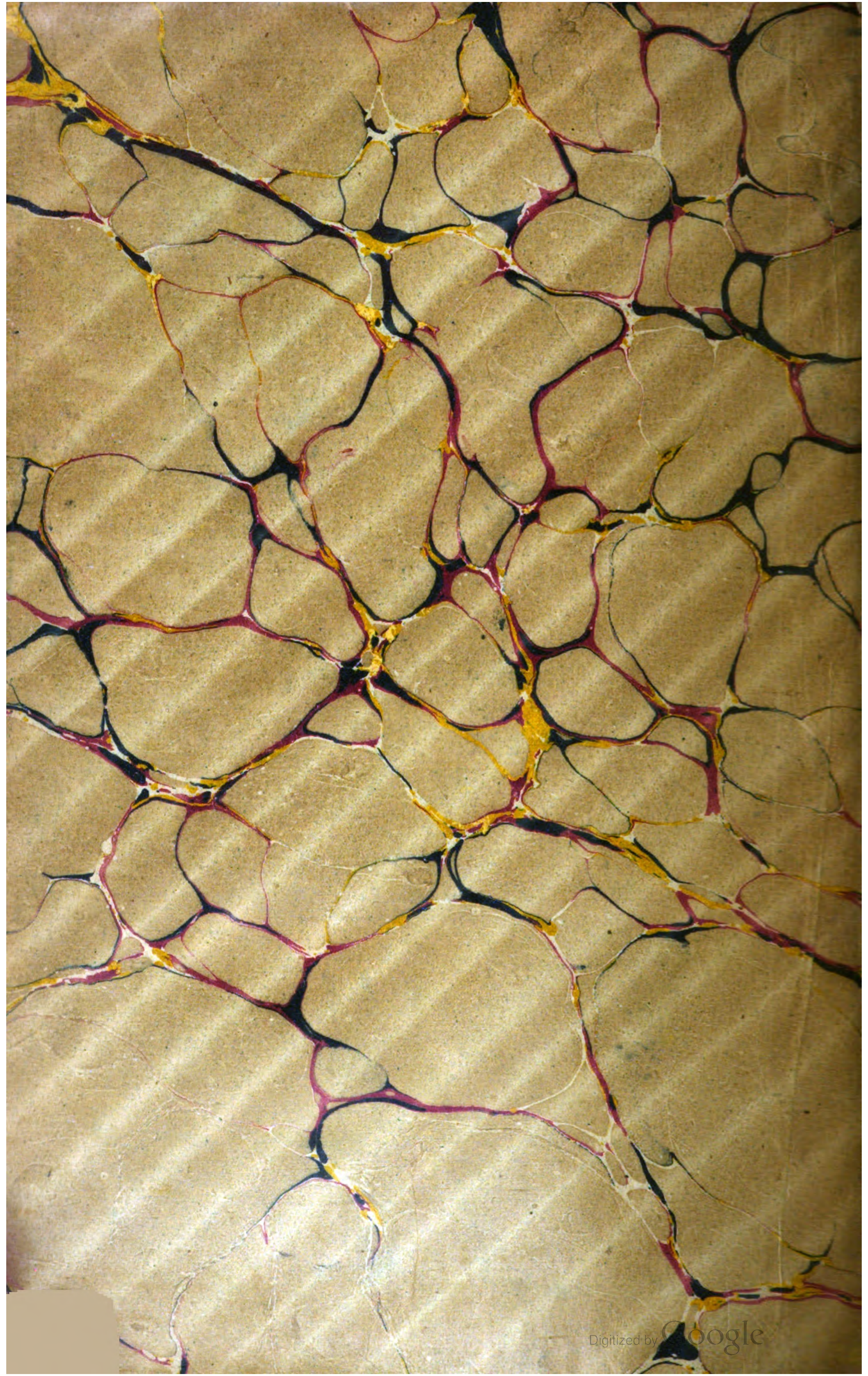
## T

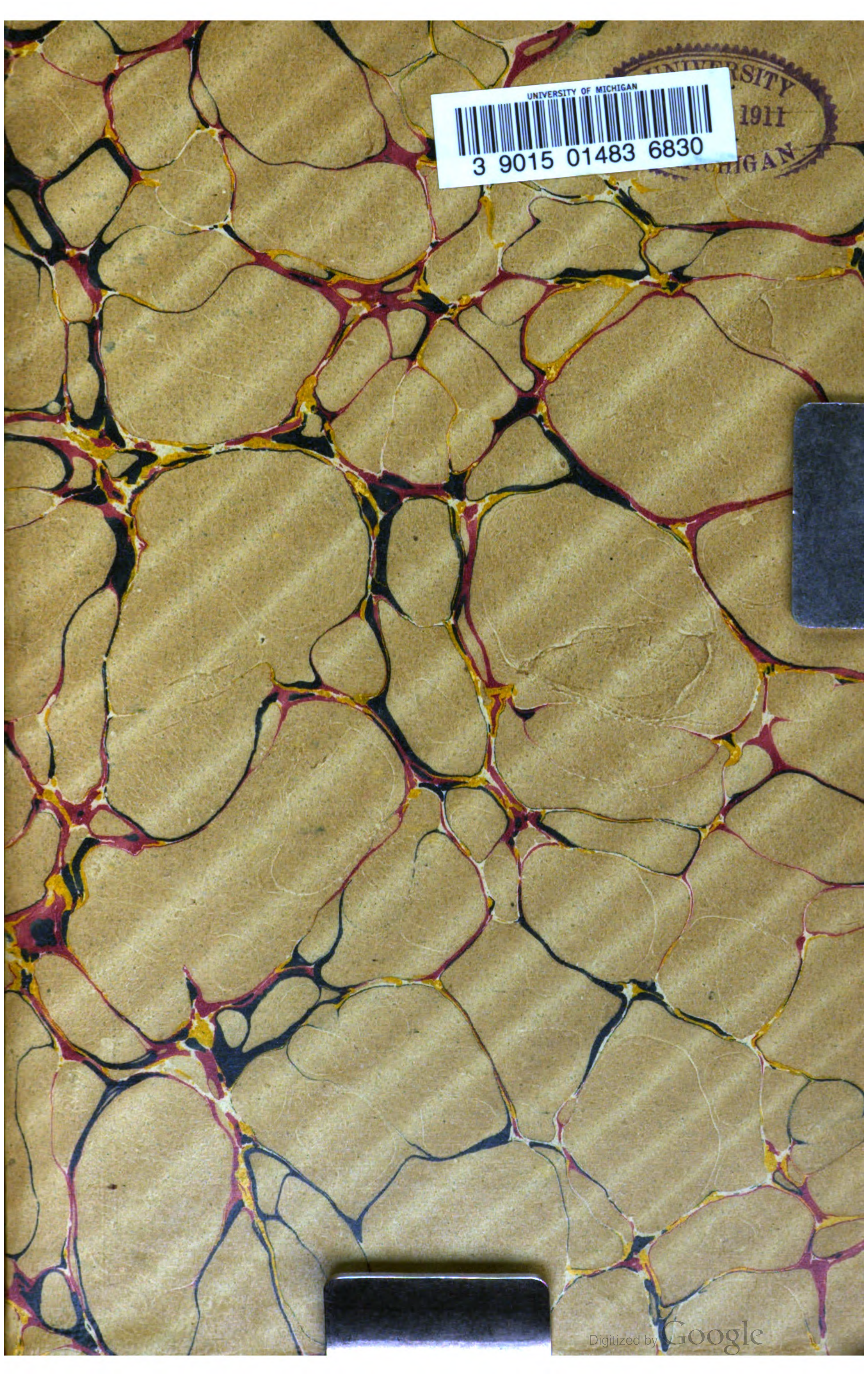
---

*Le Directeur-Gérant* : P. Jousset.

---

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6830
UNIVERSITY
1911
MICHIGAN
Digitized by Google

